

Saarbrücken 20 10 2023

Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe

Wissenschaftliche Potenziale
für die Gesundheitsversorgung
erkennen und nutzen

IMPRESSUM

Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen

Herausgeber

Wissenschaftsrat
Scheidtweilerstraße 4
50933 Köln
www.wissenschaftsrat.de
post@wissenschaftsrat.de

ISBN: 978-3-935353-98-4

Drucksachenummer: 1548-23

DOI: <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>

Lizenzhinweis: Diese Publikation wird unter der Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0) veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>.



Verabschiedet

Köln, Oktober 2023

	Vorbemerkung	5
	Kurzfassung	7
A.	Ausgangslage	13
A.I	Gegenstandsbestimmung und Arbeitsauftrag	13
A.II	Gesundheitsfachberufe in einem sich wandelnden Gesundheitssystem	15
A.III	Stand der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe	24
	III.1 Entwicklung des Studienangebots	24
	III.2 Interprofessionalität als Desiderat	35
	III.3 Forschung und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen	37
	III.4 Berufsfeldpraxis	41
B.	Empfehlungen	45
B.I	Zur Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplinenbildung	48
	I.1 Förderung von Forschung und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen	53
	I.2 Institutionelle Strukturen	56
	I.3 Konsolidierung und Weiterentwicklung des Studienangebots	62
	I.4 Digitalisierung	70
B.II	Gestaltung der Berufspraxis	71
	II.1 Entwicklung beruflicher Zielpositionen	73
	II.2 Integration in das Berufsfeld	77
	II.3 Erweiterte Kompetenzen und Rollen	80
B.III	Fazit und Ausblick	81
C.	Anhang	87
C.I	Zentrale Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung	87
	I.1 Demografische und epidemiologische Veränderungen	87
	I.2 Gesellschaftliche Entwicklungen	89
	I.3 Technische Entwicklungen	90
	I.4 Entwicklung des Personals im Gesundheitswesen	91
	I.5 Ambulantisierung	98
	I.6 Ökonomisierung	100

C.II	Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem	102
II.1	Zur beruflichen Ausbildung	102
II.2	Die Sonderstellung der Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem	102
II.3	Ausbildung der Gesundheitsberufe im europäischen Vergleich	107
C.III	Kompetenzen hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen nach DQR/HQR	109
C.IV	Exkurs: Duale Studienangebote	113
	Abkürzungsverzeichnis	117
	Literaturverzeichnis	119
	Abbildungsverzeichnis	131
	Tabellenverzeichnis	140
	Mitwirkende	150

Vorbemerkung

Die vorliegenden Empfehlungen verstehen sich als Nachverfolgung und Weiterentwicklung der „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ aus dem Jahr 2012. Diese hatten die Frage verfolgt, „welche hochschulischen Ausbildungsangebote und Qualifikationen zukünftig in Ergänzung und Weiterentwicklung bereits bestehender Angebote benötigt werden und wie diese gestaltet werden sollen, um angemessen auf bereits stattfindende und absehbare Veränderungen der Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen reagieren zu können und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern.“ |¹ Die Empfehlungen zielten sowohl auf die ärztlichen Berufe als auch auf weitere Berufe der Gesundheitsversorgung, für die zum damaligen Zeitpunkt erste grundlegende Studiengänge angeboten wurden und die sich in einem beginnenden Prozess der Akademisierung befanden: Pflegeberufe (einschließlich Altenpflege), Therapieberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie) sowie Hebammen. In Abgrenzung zu den Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und -ärzten wurden diese Berufe der Gesundheitsversorgung, für deren Ausübung eine hochschulische Qualifikation rechtlich (noch) nicht gegeben war, als Gesundheitsfachberufe bezeichnet. Mit der Gestaltung der Hochschulausbildung von Ärztinnen und Ärzten hat sich der Wissenschaftsrat seither mehrfach befasst. |² Im Fokus der vorliegenden Empfehlungen stehen daher die Gesundheitsfachberufe, ihre Bedeutung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und ihre Entwicklung als wissenschaftliche Disziplinen.

Der Wissenschaftsrat legt seine Empfehlungen zu einem Zeitpunkt vor, an dem die öffentlichen Haushalte von Bund und Ländern akut und perspektivisch stark belastet sind und sich die Frage des Ressourceneinsatzes umso dringlicher stellt. Die nachfolgenden Empfehlungen und Anregungen bewegen sich daher im Spannungsfeld zwischen Versorgungsbedarfen, wissenschaftlichen Anforderungen und finanziellen Rahmenbedingungen.

|¹ Wissenschaftsrat 2012, S. 11.

|² Vgl. Wissenschaftsrat 2014, Wissenschaftsrat 2016a, Wissenschaftsrat 2016b, Wissenschaftsrat 2018.

- 6 Der Wissenschaftsrat hatte sich in seinen Empfehlungen 2012 explizit auch die Möglichkeit offengehalten, die in den damaligen Empfehlungen nicht berücksichtigten, für eine Akademisierung aber ebenfalls in Frage kommenden, technischen Assistenzberufe in der Medizin |³ in die Nachverfolgung mit einzubeziehen (vgl. Abbildung 1, orange unterlegt). |⁴ Die für die Erarbeitung der vorliegenden Empfehlungen eingesetzte Arbeitsgruppe hat sich daher auch mit den Entwicklungen auf diesem Gebiet auseinandergesetzt – mit dem Ergebnis, dass eine eigene Befassung des Wissenschaftsrats im Rahmen einer Stellungnahme bspw. eines Positionspapiers zielführender ist. Angesichts der unterschiedlichen Voraussetzungen und des inzwischen erreichten Entwicklungsstands in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften sieht der Wissenschaftsrat von einer gemeinsamen Befassung in den vorliegenden Empfehlungen ab. Gleichwohl erachtet er es weiterhin für notwendig, das Feld der Medizinischen Technologinnen und Technologen genauer in den Blick zu nehmen und im Rahmen einer eigenen Stellungnahme bzw. eines Positionspapiers zu behandeln.

Zur Vorbereitung der vorliegenden Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat im Juli 2019 eine Arbeitsgruppe eingerichtet. In dieser Arbeitsgruppe haben auch Sachverständige mitgewirkt, die nicht Mitglieder des Wissenschaftsrats sind. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet. Er dankt darüber hinaus dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), das im Auftrag des Wissenschaftsrats die Befragungen im Rahmen der *HQGplus*-Studie vorbereitet und durchgeführt hat. Schließlich und ganz besonders dankt der Wissenschaftsrat der Robert Bosch Stiftung, der Heinz Nixdorf Stiftung und der Else Kröner-Fresenius-Stiftung, die mit ihrer Förderung die *HQGplus*-Studie ermöglicht haben.

Der Wissenschaftsrat hat die vorliegenden Empfehlungen am *DATUM* in *ORT* verabschiedet.

|³ Mit Inkrafttreten des MTA-Reform-Gesetzes zum 1. Januar 2023 wurden die bisherigen Berufsbezeichnungen ersetzt durch die Berufsbezeichnungen Medizinische Technologin und Medizinischer Technologe im jeweiligen Beruf (für Laboratoriumsanalytik, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin). Zu den Aufgaben der Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen gemäß der berufsspezifischen Ausbildungsziele siehe auch §§ 9-12 des MTA-Reform-Gesetzes. Vgl. Deutscher Bundestag 2019.

|⁴ Vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 87.

Kurzfassung

Der demografische und epidemiologische Wandel mit der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen, Multimorbiditäten und Pflegebedürftigkeit zählt ohne Frage zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen, denen Deutschland gegenübersteht. Hinzu kommen gesellschaftliche Entwicklungen, wie veränderte Familienstrukturen, Digitalisierung und Technisierung, die Verlagerung gesundheitsfachlicher Aufgaben aus dem stationären in den ambulanten Sektor sowie berufsdemografische Entwicklungen. Diese führen nicht nur zu einem **erhöhten Bedarf an angemessenen Versorgungsleistungen**, sondern auch zu **qualitativ veränderten – komplexeren – Versorgungsbedarfen** und stellen das Gesundheitssystem damit vor neue Herausforderungen. Schon die bestehenden Probleme fordern dringend Lösungen und zeigen, dass ein „Weiter so“ nicht denkbar ist.

Die vorliegenden Empfehlungen rekurrieren auf die „**HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update**“. Die Ergebnisse der HQGplus-Studie zeigen, dass es Ländern und Hochschulen gelungen ist, seit 2012 das Studienangebot auf Bachelorniveau deutlich zu steigern. Dennoch besteht auch mit Blick auf die internationale Anschluss- und Wettbewerbsfähigkeit weiterhin ein erheblicher Entwicklungsbedarf sowohl im Bereich von Bachelor- und Masterstudiengängen als auch bei der Förderung von Forschung, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen |⁵ und der Integration in das Berufsfeld. Um dem begegnen zu können und den notwendigen Innovationsschub für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Lösungsansätze sowie für eine Sicherung der Versorgung zu generieren, bedarf es dringend **starker wissenschaftlicher Disziplinen der Gesundheitsfachberufe**, um Forschung sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen zu fördern sowie Qualitäts- und Methodenstandards zu entwickeln. Zur Stärkung müssen geeignete institutionelle Strukturen geschaffen werden und es bedarf einer substanziellen Zahl hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, Hebammen sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die nicht nur

|⁵ Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen werden in der HQGplus-Studie unter den Begriff „Wissenschaftlicher Nachwuchs“ gefasst.

- 8 Eingang in ihr Berufsfeld finden und die innovative Versorgungskonzepte umsetzen, sondern auch aus der Berufspraxis heraus neue Forschungsfragen formulieren können.

Empfehlungen zur wissenschaftlichen Disziplinenbildung

Aus Sicht des Wissenschaftsrats stellt die **wissenschaftliche Disziplinenbildung eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe** dar, die jedoch vielfältigen Herausforderungen gegenübersteht. Allein aus eigener Kraft wird die notwendige wissenschaftliche Disziplinenentwicklung in einem absehbaren Zeitraum und in einem Maße, der den steigenden Anforderungen in der Versorgung, der wissenschaftsgetriebenen Weiterentwicklung und dem notwendigen Transfer in die Praxis gerecht wird, kaum zu leisten sein. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die **Entwicklung in den jeweiligen Disziplinen zu beschleunigen und durch gezielte Maßnahmen zu unterstützen**. Insbesondere erachtet er folgende Maßnahmen als dringend erforderlich:

- _ **Die Bündelung der Kräfte** unter Beteiligung der HAW/FH, Universitäten und Universitätsmedizin:
 - _ **Besonderen Förderungsbedarf** sieht der Wissenschaftsrat für die **Hochschulen für angewandte Wissenschaften bzw. Fachhochschulen (HAW/FH)**, die bislang im Wesentlichen den Akademisierungsprozess in vielen (kleineren) Einheiten tragen und vorantreiben. Diese haben im Rahmen der Studiengänge wichtige Kooperationen und Partnerschaften mit Praxiseinrichtungen vornehmlich in ihrer Region aufgebaut. Zukünftig gilt es, diese Strukturvorteile der HAW/FH zu nutzen und weiter auszubauen.
 - _ Um eine Entwicklung in den jeweiligen Disziplinen voranzutreiben, müssen an HAW/FH und Universitäten sowie Universitätsmedizin **disziplinäre Strukturen** etabliert und ausgebaut werden. Hierzu gehört auch, dass Fakultäten/Departments und Fachbereiche nationale Treffen als **Fakultätentage oder Fachbereichstage** organisieren, um einen regelmäßigen Austausch zu gewährleisten.
 - _ Aufgrund ihrer forschungsnahen Versorgungsumgebung und ihrem Zugang zur Patientenversorgung hält der Wissenschaftsrat ebenso eine **stärkere Beteiligung der Universitätsmedizin/Universitäten** am Prozess der Akademisierung von Gesundheitsfachberufen für zielführend. Vor dem Hintergrund interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit erachtet er kurz- bis mittelfristig eine **institutionelle Verankerung der Gesundheitsfachberufe bzw. der entsprechenden wissenschaftlichen**

Disziplinen auch in der Universität/Universitätsmedizin in der notwendigen Eigenständigkeit für sinnvoll.

- _ Auf Hochschulebene sollte die **Einrichtung von klinischen Professuren der Gesundheitsfachberufe**, sowohl an HAW/FH als auch an Universitäten sowie Universitätsmedizin, weiter erprobt und in die Umsetzung gebracht werden.
- _ Als wesentliche **strukturbildende Maßnahme** empfiehlt der Wissenschaftsrat die **Einrichtung und Förderung von Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung**, um vorhandene Expertise zusammenzuführen, gezielt zu stärken und zu fördern. Forschungsstarke HAW/FH sollten hier ebenso beteiligt sein wie Universitäten und die Universitätsmedizin. Diese Zentren dienen insbesondere der Disziplinenentwicklung. Dazu gehört, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen sowie die Forschung in den beteiligten Fächern zu fördern, Transfer/Translation, also auch die Implementierung von Innovationen in die Versorgung, zu erforschen und zu befördern sowie das vorhandene Studienangebot zu stärken bzw. zu komplettieren.
- _ Die **Definition von Forschungsagenden** bzw. Weiterentwicklung bereits existierender Agenden unter **Einbeziehung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften**.
- _ Die **stärkere Berücksichtigung des Potenzials der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften in Gremien**, die sich **strategisch mit der Forschungsförderung** in Deutschland auseinandersetzen, wie das Forum Gesundheitsforschung, der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- _ Die **angemessene Ausstattung mit Stellen für wissenschaftliches Personal** sowie Finanzierung für **Maßnahmen zur Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen** sowie der **wissenschaftlichen Karrierewege** auf allen Ebenen (Bachelor, Master, Promotion, Post-Doc).

Empfehlungen zu hochschulischen Qualifizierungsmöglichkeiten

Der Wissenschaftsrat unterstreicht – in Fortführung seiner Empfehlungen aus dem Jahr 2012 – den **Bedarf hochschulischer Qualifizierungsmöglichkeiten** für Fachpersonal in den Pflege-, Hebammen- und Therapieberufen (Physiotherapie- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie): Berufsdemografische Veränderungsprozesse sowie veränderte und steigende Versorgungsbedarfe machen es zwingend erforderlich, bestehende und neue Aufgaben besser zu steuern, neue Versorgungsformen zu entwickeln und zu implementieren, die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe – wie auch die Ärztinnen und Ärzte – für die Gestaltung eines digital transformierten Gesundheitssystems zu befähigen und zugleich die

- 10 Attraktivität der Gesundheitsfachberufe zu erhalten bzw. zu steigern. Dabei geht es zum einen darum, Personen in den Gesundheitsfachberufen für die direkte Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten wissenschaftlich auszubilden und somit auf die immer komplexer und spezifischer werdenden Versorgungsbedarfe vorzubereiten. Zum anderen ist angesichts des anstehenden Versorgungswandels dringend ein Innovationsschub für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Lösungsansätze in der Praxis erforderlich.

Der Wissenschaftsrat würdigt ausdrücklich, dass Hochschulen und Länder bereits zum Teil große Anstrengungen unternommen haben, um neue Studiengänge einzurichten und aufzubauen. Die sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Entwicklungen in den Pflege- und Therapieberufen sowie die vollständige Akademisierung des Hebammenberufs erfordern **fächerspezifisch ausdifferenzierte Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Studienangebote**.

Für alle drei Fachgebiete gleichermaßen bekräftigt der Wissenschaftsrat seine **Empfehlung** aus dem Jahr 2012, die Bachelor-Studiengänge **primärqualifizierend-dual** zu gestalten:

- _ Der Wissenschaftsrat begrüßt außerordentlich, dass sich infolge der eindeutigen gesetzlichen Vorgaben durch das neue **Hebammengesetz eine positive Dynamik** der Einrichtung von Bachelorstudiengängen – auch an Universitäten – entwickelt hat. Er weist jedoch nachdrücklich auf die **notwendige personelle und strukturelle Ausstattung der Studiengänge** hin.
- _ Um eine Verbesserung der Patientenversorgung erkennbar entfalten zu können, unterstützt er unverändert den Akademisierungsprozess, der in der Pflege prospektiv eine Akademisierungsquote von 20 % erreichen sollte. Bislang liegt die Akademisierungsquote mit 2,5 % noch deutlich unter den Empfehlungen von 2012. Zudem sind derzeit die primärqualifizierend-dualen Bachelor-Studiengänge mit einer Auslastung von durchschnittlich 50 % nicht gut nachgefragt. Um die **Nachfrage insbesondere in den primärqualifizierend-dualen Studiengängen zu erhöhen** und den Ausbau weiterer Studiengänge voranzubringen, sind daher **erhebliche Anstrengungen** auf verschiedenen Ebenen notwendig.
- _ Die Bachelor-Studiengänge in den **Therapieberufen (Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie)** befinden sich seit 2009 in einer andauernden und mehrfach verlängerten Modellphase. Die damit verbundenen Planungsunsicherheiten haben zu einem erkennbaren Stillstand beim Aufbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge geführt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, den **Aufbau der wissenschaftlichen Disziplinen** voranzutreiben und den **Fokus der hochschulischen Qualifizierung** weiterhin auf den **Aufbau**

primärqualifizierend-dualer Studiengänge in der 2012 empfohlenen Größenordnung von **10 bis 20 %** zu richten. Als entscheidend sieht er hierfür die Aufhebung der Modellklauseln und die Reform der entsprechenden Berufsgesetze mit einer regelhaft primärqualifizierend-dualen hochschulischen Ausbildung an.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, dass sich die Universitäten und Universitätsmedizin, neben den HAW/FH, stärker an dem Aufbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge beteiligen und so die Einbettung in ein breites fachliches Spektrum fördern sollten. Um den Versorgungsnotwendigkeiten angemessen begegnen zu können und die Versorgungspraxis innovativ weiter zu entwickeln, sind auch patienten- bzw. klientennahe Masterstudienprogramme erforderlich, die für die Wahrnehmung erweiterter Aufgaben/Rollen qualifizieren. Für den **Aufbau und die Etablierung patienten- bzw. klientennaher, klinischer Masterstudiengänge** bedarf es aus Sicht des Wissenschaftsrats zukünftig strategischer Partnerschaften zwischen Hochschulen und Gesundheitseinrichtungen, der Entwicklung erweiterter Rollen für die Absolventinnen und Absolventen von Masterstudiengängen sowie systematischer Integrationsmöglichkeiten hochschulisch Qualifizierter in die Praxis und in die Wissenschaft.

Empfehlungen zur Gestaltung der Berufspraxis

Damit sich das Potenzial hochschulisch in Gesundheitsfachberufen qualifizierter Personen entfalten kann, bedarf es besonderer Anstrengungen nicht nur hinsichtlich der wissenschaftlichen Disziplinenbildung, sondern auch bezüglich des **Übergangs in die und der Gestaltung der Berufspraxis**.

Angesichts der bestehenden und noch zu erwartenden Herausforderungen im Gesundheitssystem ist es sinnvoll, die vorhandenen Möglichkeiten der Fachkräftequalifizierung und -sicherung auszuschöpfen. Der Wissenschaftsrat respektiert dabei das zentrale Anliegen insbesondere von Bund und Ländern, möglichst viele Ausbildungswege zu eröffnen und mit der berufsfachschulischen Ausbildung – neben der hochschulischen Qualifizierung – auch weiterhin Personen ohne Hochschulzugangsberechtigung den Zugang zu den Pflege- und Therapieberufen zu ermöglichen. Die weitere Entwicklung der Gesundheitsfachberufe sollte dabei so gestaltet werden, dass sich Synergieeffekte zwischen dem hochschulischen und dem berufsfachschulischen Qualifizierungsweg erzielen lassen und Zielkonflikte vermieden werden. Im Sinne der Erhöhung der Durchlässigkeit müssen auch für berufsfachschulisch ausgebildete Gesundheitsfachpersonen spezifische Angebote zum Erwerb eines hochschulischen Abschlusses entwickelt werden.

Für hochschulisch in Gesundheitsfachberufen qualifizierte Personen erachtet der Wissenschaftsrat es insbesondere als notwendig, **berufliche Zielpositionen** (weiter) zu **entwickeln** und dadurch Karrierewege in Versorgung und Wissenschaft aufzuzeigen. Zudem müssen die **Rahmenbedingungen der Berufspraxis** so

12 gestaltet werden, dass nicht nur der Berufseinstieg gelingen kann, sondern auch nachhaltige Bleibeoptionen und attraktive Karrierewege in der Gesundheitsversorgung entstehen, beispielsweise durch **größere Autonomie hinsichtlich versorgungsrelevanter Aufgaben** und der Entscheidung über Versorgungspfade.

Aus Sicht des Wissenschaftsrats sind die Versorgungseinrichtungen im Austausch mit den Disziplinen dringend gefordert, Konzepte für eine **konsequente und strukturierte Einbindung hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen** in das Berufsfeld sowie entsprechende **Karrierewege** in der Versorgung zu entwickeln. Er sieht die Verantwortlichen im Gesundheits- und Sozialsystem insbesondere in der Pflicht, Initiativen, die z. B. die Integration hochschulisch qualifizierter Pfleger fördern, zu unterstützen sowie Anreizstrukturen für die Beschäftigung hochschulisch qualifizierter Pfleger zu schaffen. Dadurch können auch andere, ebenfalls (berufs)demografisch und regional herausgeforderte Berufsgruppen (z. B. ärztliches Personal) entlastet werden. Für Fragen der angemessenen Vergütung sind sowohl die Tarifpartner als auch die Vertragspartner der Heilmittelversorgung sowie der Gesetzgeber angesprochen.

Der Wissenschaftsrat ist sich bewusst, dass eine Umsetzung seiner hiermit vorliegenden Empfehlungen erhebliche Anstrengungen erfordern. Er appelliert an alle beteiligten Akteurinnen und Akteure, diese Entwicklung im Sinne des gesellschaftlichen Nutzens und im Rahmen ihrer Verantwortung zu unterstützen. Gefordert sind dabei nicht nur die Hochschulen und die politischen Entscheidungsträger auf Bundes- und Länderebene, sondern auch die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (insbesondere die Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen) sowie die Sozialversicherungsträger.

Der Wissenschaftsrat selbst behält sich vor, nach zehn Jahren den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen im Rahmen einer systematischen Nachverfolgung zu prüfen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen auszusprechen.

A. Ausgangslage

A.1 GEGENSTANDSBESTIMMUNG UND ARBEITSAUFTRAG

Die Begriffe Gesundheitsberufe, Gesundheitsversorgungsberufe und Gesundheitsfachberufe sind nicht eindeutig definiert. Auch die in den 2012er-Empfehlungen anhand des Ausbildungsweges getroffene Abgrenzung von Gesundheitsfachberufen und Gesundheitsversorgungsberufen ist nach der Reform der Hebammenausbildung |⁶ nicht mehr zielführend. Der hier betrachtete Gegenstandsbereich lässt sich daher pragmatisch wie folgt bestimmen:

Als Gesundheitsfachberufe (GFB) werden alle Berufe mit unmittelbarem Patientenbezug bezeichnet, die – wie auch die ärztlichen, psychotherapeutischen und pharmazeutischen Berufe – bundesrechtlich geregelt sind und deren (berufsfachschulische oder hochschulische) Ausbildung auf der Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes erfolgt (vgl. Abbildung 1 |⁷). Darüber hinaus existieren eine Reihe weiterer Gesundheitsberufe, die landesrechtlich oder bundesrechtlich geregelt sind. Hierzu zählen insbesondere Berufe nach Berufsbildungsgesetz (z. B. medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte) sowie Berufe nach der Handwerksordnung (z. B. Augenoptikerin bzw. -optiker, Hörgeräteakustikerin bzw. -akustiker, Orthopädieschuhtechnikerin bzw. -techniker, Zahntechnikerin bzw. -techniker). |⁸ Ungeachtet ihrer Bedeutung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung stehen diese Berufe im Hinblick auf die Frage notwendiger

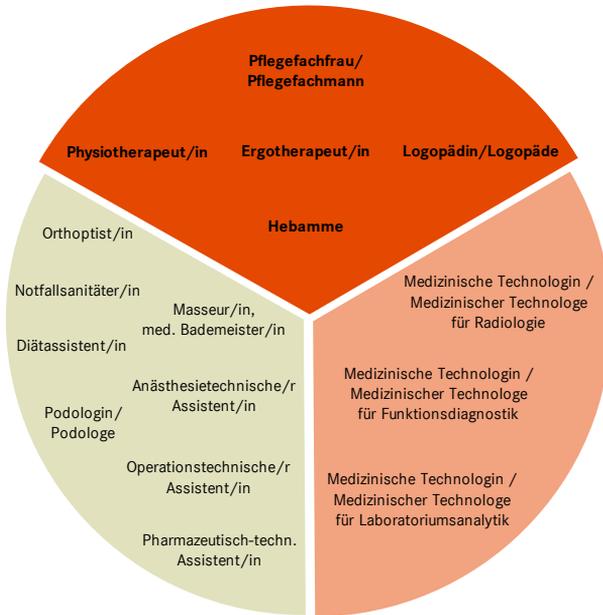
|⁶ Mit Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes zum 1. Januar 2020 wird auch für die Ausübung des Hebammenberufs ein Hochschulstudium vorausgesetzt (Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) vom 22. November 2019 (BGBl. I S.1759)).

|⁷ Nicht aufgeführt ist hier der Beruf der Medizinischen Technologin/des Medizinischen Technologen für Veterinärmedizin, da dieser keinen unmittelbaren Patientenbezug beinhaltet.

|⁸ Zu beobachten sind im Gesundheitsbereich zudem starke Bestrebungen zur Etablierung neuer Tätigkeitsfelder, die bislang nicht bundesgesetzlich geregelt sind. Zielsetzungen und Treiber dieser Entwicklungen sind dabei sehr unterschiedlich. Zu nennen ist hier bspw. das Feld der sog. Physician Assistants, deren hochschulische Ausbildung seit etwa 15 Jahren an deutschen Hochschulen – vorrangig an nichtstaatlichen – angeboten wird.

- 14 hochschulischer Ausbildungsangebote derzeit nicht im Fokus der Betrachtung. Sie werden in dieser Stellungnahme daher nicht behandelt (zur Verortung der Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem vgl. Anhang C.II).

Abbildung 1: Gesundheitsfachberufe |⁹



Hinweis: Die im Fokus dieser Empfehlungen stehenden Berufe sind rot hinterlegt. Für die orange hinterlegten Berufe empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Befassung in einem eigenen Positionspapier.

Quelle: Eigene Darstellung.

Die primäre Aufgabe der hier in den Blick genommenen Gesundheitsfachberufe in Pflege, Therapie und Hebammenwesen fokussiert auf eine Unterstützung von Menschen in Gesundheits- und Krankheitssituationen in ihrer Lebenswelt, bei der Förderung, dem Erhalt und der Wiederherstellung weitestgehender Gesundheit, ihrer Selbstständigkeit und ihrer Selbstbestimmung sowie der Bewältigung ihres alltäglichen Lebens mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit und während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Diese Unterstützung ist gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Familien/Bezugspersonen und mit Bezug auf ihren Lebensalltag und ihre Wertpräferenzen zu gestalten.

Im Folgenden werden die Veränderungsprozesse mit Blick auf die Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften im Verlauf der letzten knapp zehn Jahre analysiert und der erreichte Stand der Akademisierung der Gesundheitsfach-

⁹ Zu den Berufsbildern und weiteren Informationen zu den Gesundheitsfachberufen vgl. Zöllner 2022.

berufe bewertet (vgl. A.III). Dies erfolgt vor dem Hintergrund der Herausforderungen und Probleme, vor denen das Gesundheitssystem in Deutschland steht. Hierzu gehören einerseits gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, die einen veränderten Versorgungsbedarf erzeugen, und andererseits systemimmanente Probleme des deutschen Gesundheitssystems, die besondere Reformanstrengungen erfordern (vgl. C.I im Anhang). Abschnitt A.II zeigt auf, welche (Innovations-)Potenziale die Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften mit Blick auf die veränderten Versorgungsbedarfe bergen. Kapitel B führt die Analyseergebnisse zu Empfehlungen zusammen.

Der Wissenschaftsrat sieht es als seine Aufgabe an, für die Disziplinentwicklung in den Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften und den damit verbundenen Studienangeboten fachlich fundierte Empfehlungen zu unterbreiten. Diese Empfehlungen richten sich an die Hochschulen und ihre Mitglieder, insbesondere aber an die politischen Entscheidungsträger im Bund und in den Ländern und an die gesundheitlichen Versorgungsinstitutionen (insbesondere die Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen), die mit den hochschulisch qualifizierten Absolventinnen und Absolventen die Versorgung weiterentwickeln, sowie an die Sozialversicherungsträger. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Wissenschaftsrat diese Analysen und Empfehlungen zu einem Zeitpunkt vorlegt, an dem die öffentlichen Haushalte von Bund und Ländern akut und perspektivisch stark belastet sind. Die Implikationen der Empfehlungen sind daher in eine längere Perspektive zu setzen und können nur im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel realisiert werden. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die Finanzierung der Disziplinentwicklung in den Pflege-, Therapie und Hebammenwissenschaften und die damit verbundenen Studienangebote einer Klärung bedarf.

A.II GESUNDHEITSFACHBERUFE IN EINEM SICH WANDELNDEN GESUNDHEITSSYSTEM

Demografische, epidemiologische, technische und gesellschaftliche Entwicklungen sowie der medizinische Fortschritt führen nicht nur zu einer erhöhten Nachfrage an Versorgungsleistungen, sondern auch zu qualitativ veränderten – komplexeren und spezifischeren – Versorgungsbedarfen. All dies stellt das Gesundheitssystem stets vor neue Probleme und Herausforderungen (siehe auch C.I im Anhang):

- _ Die alternde Gesellschaft sowie die damit verbundene Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multimorbiditäten und Pflegebedürftigkeit erfordern kooperative Versorgungsmodelle, die die herkömmlichen professionellen und sektoralen Grenzen überschreiten und die es ermöglichen, die Potenziale der

Gesundheitsfachberufe für die Unterstützung von Patientinnen und Patienten in ihrem Lebensalltag zur Wirkung kommen zu lassen (siehe C.I.1).

- _ Angesichts des demografischen und epidemiologischen Wandels kommen der Gesundheitsförderung und der Prävention von Pflegebedürftigkeit, der Stärkung der Gesundheitskompetenz, Rehabilitationskonzepten und palliativer Versorgung zukünftig eine besondere Bedeutung zu, auch und insbesondere in der Langzeitpflege (siehe C.I.1).
- _ Altersunabhängig ist in allen Lebensphasen eine zunehmende Zahl von Menschen mit chronischer Erkrankung |¹⁰ – hierzu zählen auch psychische und psychosomatische Erkrankungen – und Behinderung zu verzeichnen, die über eine Akutversorgung hinausgehend auf eine langfristige Behandlung und umfassende therapeutische und pflegerische Unterstützung und Betreuung in verschiedenen Versorgungszusammenhängen angewiesen sind.
- _ Veränderte Familienstrukturen, die wachsende Zahl alleinlebender Personen – auch mit Kindern – und die zunehmende Anzahl von Menschen mit besonderen Belastungen, wie z. B. Fluchterfahrungen, führen zu einem veränderten und individualisierten Bedarf der Betreuung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Hierzu zählen u. a. Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Hebammen und aufsuchende Therapeutinnen und Therapeuten |¹¹ sowie verstärkte kommunale Maßnahmen der Beratung, Gesundheits- und Notfallversorgung (siehe C.I.2).
- _ Die Digitalisierung und Technisierung bspw. in der Pflege und bei therapeutischen Interventionen führen zu dynamischen Entwicklungen der Anforderungsprofile. Der erweiterte Zugang zu Gesundheitsinformationen, telemedizinische Versorgungsmodelle und die Verbreitung von Digital-Health-Anwendungen verändern das Verhalten der Patientinnen und Patienten, traditionelle Versorgungsmuster und das Rollenverhältnis zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheitsberufen. Digitalisierung in der Gesundheitsforschung und Versorgung dient vor allem auch dazu, durch die Nutzung von wissenschaftlichen und Gesundheitsdaten wesentlich zur Verbesserung der Versorgung und des Personaleinsatzes beizutragen und somit auch dem Personalmangel entgegenzuwirken |¹²(siehe C.I.3).

|¹⁰ Insbesondere Allergien und Übergewichtigkeit haben gegenüber Akuterkrankungen im Kindes- und Jugendalter deutlich an Bedeutung gewonnen. Vgl. hierzu v. a. die Ergebnisse der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Langzeitstudie Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Im Einzelnen: Schlaud, Atzpodien, Thierfelder 2007; Kurth, Schaffrath, Rosario 2007; vgl. auch Wissenschaftsrat 2012.

|¹¹ Hierunter werden Therapeutinnen und Therapeuten verstanden, die zu den Klientinnen und Klienten z. B. aufgrund deren besonderer Lebenslage nach Hause kommen.

|¹² Vgl. Wissenschaftsrat 2022b.

- _ Der zunehmende Fachkräftemangel aufgrund berufsdemografischer Entwicklungen erfordert eine beschleunigte Diskussion um die (hochschulische) Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen: Die Attraktivität der Berufe muss insgesamt gefördert werden (siehe C.I.4).
- _ Die Übertragung gesundheitsfachlicher, insbesondere pflegerischer, Aufgaben aus dem stationären in den ambulanten Sektor erfordert für die komplexen und hochkomplexen Versorgungsfälle qualifiziertes und spezialisiertes Personal, auch im ambulanten Bereich (siehe C.I.5 und C.I.6).

Mit zunehmend komplexeren und damit anspruchsvolleren Versorgungsbedarfen sowie einer komplexer werdenden Versorgungsstruktur werden erhöhte Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe gestellt. Um diesen gestiegenen Qualifikationsanforderungen gerecht zu werden, bedarf es neben der Verbesserung und Modernisierung der berufsfachschulischen Ausbildung (siehe C.II) auch der Entwicklung und Etablierung hochschulischer Qualifizierungswege, die Personen in den Gesundheitsfachberufen für die direkte Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten wissenschaftlich ausbilden und somit auf die immer komplexer und spezifischer werdenden Versorgungsbedarfe vorbereiten. Diese sogenannten patienten- bzw. klientennahen Studiengänge bzw. Studienangebote sind abzugrenzen von Studiengängen z. B. mit pädagogischem oder organisatorisch/leitendem Qualifikationsziel (vgl. Abbildung 3 im Studienbericht zur *HQGplus*-Studie |¹³). Ziel einer patienten- bzw. klientennahen hochschulischen Qualifizierung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ist der systematische Aufbau der im Folgenden beschriebenen Kompetenzen: Entwicklung innovativer Lösungen und Konzepte für die Versorgung; Treffen eigenständiger Entscheidungen; Wahrnehmung neuer und erweiterter Aufgaben und erhöhte Handlungs- und Interaktionskompetenz in hochkomplexen Situationen. Darüber hinaus verfügen Absolventinnen und Absolventen auf Bachelor- und Master-Niveau über Forschungskompetenzen, um die Praxis zu evaluieren, zu verbessern, weiterzuentwickeln und zur jeweiligen Disziplinentwicklung beizutragen. Auf Master-Niveau kommen zudem Leadership-Fähigkeiten hinzu. Formal sind die Kompetenzen, über die Absolventinnen und Absolventen mit Bachelor-, Master- und Promotionsabschluss verfügen sollen, im Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen bzw. dem Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse definiert. |¹⁴ Eine berufsübergreifende

|¹³ Vgl. Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats: *HQGplus*-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung, Köln 2022, S. 20 [Nachfolgend *HQGplus*-Studienbericht 2022].

|¹⁴ „Der Hochschulrahmen als nationale Ausgestaltung des übergreifenden Bologna-Rahmens für den Hochschulbereich und der bereichsübergreifende Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) als nationale Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens für Lebenslanges Lernen (EQR) sind kompatibel. Die Niveaus 6, 7

- 18 Darstellung der Kompetenzen hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen auf den Ebenen Bachelor, Master, und Promotion, die auch die Kompetenzzugewinne verdeutlicht, findet sich im Anhang (siehe C.III).

Entwicklung innovativer Lösungen und Konzepte für die Versorgung

Angesichts der bereits bestehenden Versorgungsbedarfe und des anstehenden Versorgungswandels bedarf es dringend eines Innovationsschubs für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Lösungsansätze in der Praxis. Dazu gibt es bereits zahlreiche Impulse, die größtenteils in den Verbänden und in den Hochschulen entwickelt wurden. Impulse für neue Versorgungskonzepte resultieren auch aus gemeinsamen Initiativen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. So können diese auf der Grundlage von § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen (z. B. integrierte Versorgung). Weitere Impulse für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Lösungsansätze können sich außerdem aus Projekten, die bspw. über den Innovationsfonds gefördert werden, ergeben.

Diese verschiedenen Impulse zu bündeln, weiterzuentwickeln und zu implementieren ist eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der die Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften mit spezifischen wissenschaftlichen Fragestellungen und wissenschaftlicher Erkenntnisgenerierung entscheidende Beiträge leisten können und müssen. Voraussetzungen hierfür sind Forschung innerhalb der Fachgebiete durch Disziplinaufbau |¹⁵ und die Ausbildung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen.

Darüber hinaus bedarf es einer substanziellen Zahl hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte, Hebammen sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die einerseits Eingang in ihr Berufsfeld finden und die innovative Versorgungskonzepte umsetzen und andererseits aus der Berufspraxis heraus neue Forschungsfragen formulieren können. Forschung im Kontext des Versorgungswandels ist dabei nicht auf die Wissenschaftsbasierung pflegerischer, hebammenkundlicher und therapeutischer Interventionen beschränkt, |¹⁶ sondern nimmt auch die Identifizierung von lebensphasischen Problemlagen, die Entwicklung neuer Handlungsfelder, die Anpassung von Berufsprofilen sowie die Verortung der Gesundheitsfachberufe im Gesundheitssystem in den Blick. Das nachfolgende Beispiel einer

und 8 des DQR entsprechen hinsichtlich der beschriebenen Anforderungen und Kompetenzen den Stufen 1 (Bachelorebene), 2 (Masterebene) und 3 (Doktoratsebene) des Qualifikationsrahmens für deutsche Hochschulabschlüsse. Der nationale Hochschulrahmen ist als Anlage im Deutschen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (DQR) aufgenommen und damit Bestandteil desselben.“ (Kultusministerkonferenz 2017: S.1).

| ¹⁵ Vgl. Walkenhorst 2013.

| ¹⁶ Vgl. Sozialgesetzbuch V, wonach die von den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellten Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen müssen.

klinischen Forschungs-, Lehr- und Versorgungseinheit in der Onkologie an der Universität Lausanne (siehe Kasten) veranschaulicht die Entwicklung und den Transfer innovativer Versorgungskonzepte in der Pflege.

Entwicklung einer klinischen Forschungs-, Lehr und Versorgungseinheit in der Onkologie an der Universität Lausanne, Schweiz

An der Universität Lausanne wurde im Bereich der klinischen Onkologie eine wissenschaftsbasierte Praxisentwicklung der Pflege systematisch seit 2007 initiiert. Auf Basis von Master- und Promotionsarbeiten sowie weiterer drittmittel-basierter Forschungsprojekte wurde der unerfüllte Bedarf an unterstützender Pflege von Lungenkrebspatientinnen und -patienten während einer Chemotherapie-Phase identifiziert und ein neues Versorgungsmodell für die pflegerische Versorgungssteuerung von Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs entwickelt. |¹⁷ Forschung zur Evaluation der strukturellen Voraussetzungen, den Prozessen, dem Output, den patientenbezogenen Outcomes sowie der Akzeptanz der – im Rahmen von Advanced Practice Nursing – neuen Rolle folgten. |¹⁸ ¹⁹ Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse erfolgten Weiterbildungsangebote für die an der Versorgung beteiligten Professionen (Pflege, Hausärzte etc.). Um pflegespezifische Inhalte in die Diagnostik- und Therapiesteuerung zu integrieren, wurde ein leitliniengestütztes Screening-Programm implementiert und für besonders komplexe Patientensituationen das sogenannte „Care Board“ entwickelt und implementiert. Aufgaben des „Care Boards“ sind u. a. die Vorstellung der spezifischen Situation der Patientinnen und Patienten, die Diskussion über und Entscheidung zu unterstützenden Pflegemaßnahmen und anderer supportiver Maßnahmen sowie die Zusammenarbeit mit dem Tumor Board. Schwerpunkte der Forschungseinheit sind u. a. Symptomverlauf und -management, die Entwicklung und Implementierung von Patient Reported Measures, das Entwickeln und Testen von pflegegeleiteten Interventionen, um auf die Unterstützungsbedürfnisse zu antworten und das Selbstmanagement von Symptomen zu fördern sowie das Entwickeln und Evaluieren von neuen Rollen und Versorgungsmodellen in der Onkologie. Die Forschungsgruppe hat auch eine Infrastruktur zur Förderung der Einbindung der Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit in die Tumorforschung initiiert. ²⁰

Im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Nordrhein-Westfalen konnte auf Basis einer Kompetenzerhebung bei den Absolventinnen und Absolventen gezeigt

|¹⁷ Vgl. Serena et al.2012.

|¹⁸ Vgl. Serena et al. 2017.

|¹⁹ Vgl. Serena et al. 2018.

|²⁰ Vgl. URL: <https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/fr/home/menuintst/recherche/manuela-eicher.html>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

20 werden, dass die hochschulische Primärqualifikation zum Erwerb der benötigten Kompetenzen führt. Dies betrifft den gleichberechtigten fachlichen Austausch mit anderen Berufen, das hermeneutische Fallverstehen, die wissenschaftliche Fundierung und Reflexion des eigenen Wissens und praktischen Handelns sowie die Fähigkeit zu wissenschaftlichem Arbeiten und damit die Möglichkeit, die eigene Profession weiterzuentwickeln. |²¹ Auch die Evaluationsberichte der Länder im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen wissenschaftlichen Begleitung geben Hinweise auf den Mehrwert hochschulischer Ausbildung im Hinblick auf die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten wie auch für das Gesundheitssystem insgesamt. Letzteres beinhaltet u. a. die Kostensenkung durch qualitativ höherwertige Therapien. |²² Eine Synthese internationaler Studien zeigte zudem für die Pflege, dass mit der Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus eine Verbesserung der Patientenversorgung assoziiert ist. |²³ ²⁴ Dieser Befund wird durch eine umfassende internationale Vergleichsstudie erhärtet. |²⁵ Zum Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität und dem Ausbildungsniveau von Pflegekräften führen Zander, Köppen und Busse (2017) an: „Demnach steigt und sinkt z. B. die Patientenmortalität oder ‚Failure to rescue‘ [...] nicht nur mit der Zahl an Pflegefachkräften pro Patient, sondern auch mit dem Anteil an akademisch ausgebildeten Pflegekräften im Krankenhaus.“ |²⁶ Auch wenn bei der Interpretation der Studien die Besonderheiten der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme und Ausbildungssysteme zu berücksichtigen sind, lassen die Ergebnisse doch auch für Deutschland erwarten, dass die Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus und die Nutzung dieser Expertise in der direkten Versorgung zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung führt. |²⁷ Der Einsatz hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen dient der Patientensicherheit, der Vermeidung von nachhaltiger Beeinträchtigung durch Krankheit, der Bewältigung des Lebensalltages auch in Krankheitssituationen sowie der Selbstbestimmung und Teilhabe im Sinne des

|²¹ Vgl. Darmann-Finck et al. 2014.

|²² Vgl. Deutscher Bundestag 2021, S. 43.

|²³ Vgl. Darmann-Finck et al. 2014, S. II.

|²⁴ Für die Hebammen und Therapieberufe waren 2014 mangels Studien bzw. Publikationen zur Wirksamkeitsforschung keine Aussagen möglich.

|²⁵ Vgl. Aiken et al. 2014. Siehe auch: Aiken et al. 2017; Darmann-Finck, Reuschenbach 2019.

|²⁶ Zander, Köppen, Busse 2017.

|²⁷ Vgl. Darmann-Finck, Reuschenbach 2019, S. 167.

Treffen eigenständiger Entscheidungen sowie Wahrnehmung neuer und erweiterter Aufgaben

Hochschulisch qualifizierte Angehörige der Gesundheitsfachberufe können ihre spezifischen Kompetenzen gewinnbringend in neue Versorgungsmodelle und in veränderte Formen der Arbeitsteilung einbringen, sowohl zwischen den Gesundheitsfachberufen als auch in die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten usw.) |²⁹, und an dieser Schnittstelle vermehrt eigenständige Entscheidungen treffen. Hingegen ist die Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten bislang begrenzt (siehe unten).

Aus den bestehenden und sich abzeichnenden Problemen im Gesundheitssystem und den veränderten Versorgungsbedarfen resultieren auch andere und neue Aufgabenbereiche, deren Realisierung eine hochschulische Qualifikation auf unterschiedlichem Niveau voraussetzt. Insbesondere die Durchführung von selbständiger Diagnostik und körperlichen Untersuchungen, die Bewertung der Selbstpflege- und Versorgungsfähigkeit sowie die Einschätzung der psychosozialen Situation von Patientinnen und Patienten und ihren Familien, das Erkennen von Wirkzusammenhängen und Auswirkungen von Polypharmazie, wie auch die Fähigkeit, interventionale Konsequenzen aus diesen Untersuchungen und Einschätzungen zu ziehen, erfordern wissenschaftsbasierte Kompetenzen. |³⁰ Des Weiteren sind Therapiemonitoring und -bewertung, Verordnung von Hilfsmitteln, Entwicklung von Beratungs- und Schulungsprogrammen, Übernahme von Steuerung im Versorgungsprozess durch Veranlassung von weiterführender Diagnostik, Therapie und Versorgung sowie Prävention von Krisensituationen als Verantwortungsbereiche von hochschulisch qualifizierten ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen zu nennen.

Auch die strukturelle Erweiterung von Einsatzorten (z. B. die Durchführung von [pflege- oder hebammengeleiteten] Sprechstunden, Hausbesuchen und Konsilien) ermöglicht es, bislang nicht berücksichtigte Versorgungsbedarfe zu adressieren. Während sich die Bachelorstudiengänge (in der Pflege) auf grundlegende

|²⁸ Mit nahezu 89 % wird der überwiegende Teil der Behinderungen durch eine Krankheit verursacht. Vgl. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|²⁹ Zur Abgrenzung zwischen Gesundheitsfachberufen und Gesundheitsberufen in diesen Empfehlungen vgl. A.I.

|³⁰ Je nachdem, welche heilkundlichen Tätigkeiten in der Pflege auf dem Wege der Substitution übernommen werden sollen, könnten die erforderlichen Kompetenzen auch durch eine entsprechende Ergänzung der berufsfachschulischen Ausbildung oder einen Bachelor-Abschluss erworben werden.

22 Versorgungsbearbeiter in allen Altersgruppen und allen Settings richten, ist die Vermittlung von Kompetenzen für die spezialisierte Versorgung von Klientengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen die vornehmliche Aufgabe von klinisch orientierten Masterstudiengängen. Eine dazu notwendige Erweiterung, Vertiefung und Spezialisierung der Verantwortungsbereiche der Gesundheitsfachberufe, auch unter Berücksichtigung von erweiterten Kompetenzen zur selbstständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, wird durch eine Qualifizierung auf Masterebene in der Pflege als Advanced Practice Nursing (APN), für die Hebammen als Advanced Practice Midwifery (APM) sowie als Advanced Scope Practitioners für die Physiotherapie erreicht. |³¹

Der Erwerb eines Masterabschlusses an sich berechtigt jedoch nicht zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten. Wer Heilkunde ausüben darf ist in Deutschland gesetzlich definiert. |³² Eine Grundsatzentscheidung steht noch aus, ob und in welchem Umfang erweiterte heilkundliche Befugnisse auch auf andere Berufe übertragen werden sollen und welche inhaltlichen Anforderungen damit an eine entsprechende Ausbildung verbunden werden. |³³ Schritte zur Erprobung der Übernahme der selbstständigen Ausübung einer erweiterten Heilkunde für Pflegende sind bereits im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) gegangen worden. Verpflichtende Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen nach § 64d SGB V sind verbindlich in jedem Bundesland durchzuführen.

Das nachfolgende Beispiel aus der Schweiz illustriert die Entwicklung erweiterter Rollen auf Masterniveau für die Hebammen (siehe Kasten).

|³¹ Hier und im Folgenden werden die englischsprachigen Begriffe verwendet, weil es noch keine adäquaten deutschen Bezeichnungen gibt.

|³² Gemäß § 1 Absatz 1 Heilpraktikergesetz dürfen nur Ärztinnen und Ärzte sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker Heilkunde ausüben. Zudem verfügen Pflegefachpersonen mit den vorbehaltenen Tätigkeiten (Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie dessen Evaluation und Analyse sowie Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität) über einen eigenständigen heilkundlichen Bereich (vgl. § 4 PflBG). Ebenso üben Hebammen auf Basis des Berufsgesetzes eigenverantwortlich Heilkunde aus (vgl. § 4 HebG; Rechtsgutachten zur rechtlichen Bewertung der Tätigkeit als Familienhebamme 2017, URL: http://www.hebammen-bw.de/wp-content/uploads/3.8.4_170930_FamHeb_RechtsGutacht_Hirschmueller.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023).

|³³ In der letzten Legislaturperiode hatte das Bundesministerium für Gesundheit ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, welches das Heilpraktikerrecht umfassend aufarbeiten und insbesondere auch mögliche Handlungsspielräume des Gesetzgebers aufzeigen sollte. Gegenstand des Gutachtens war auch der Heilkundebegriff. Das – veröffentlichte und mit Ländern und Verbänden diskutierte – Gutachten liegt vor (vgl. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Stock_Gutachten_Heilpraktikerrecht_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023). Aktuell bereitet das Bundesministerium für Gesundheit ein ergänzendes empirisches Gutachten vor.

Entwicklung der Rolle einer Advanced Practice Midwife (APM) im Bereich perinatale psychische Gesundheit in der Schweiz

Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen liegt bei 20 % in westlichen Industrieländern. Analysen von Schweizer Routinedaten ergaben eine Prävalenz von 16,7 % für Frauen in der Schweiz. Jedoch lag die Diagnoserate bei nur 1–3 %. |³⁴ Auf Basis einer Literaturanalyse, einer Ist-Analyse der vorherrschenden Regelversorgung und empirischer Untersuchungen – jeweils zum Bedarf der Nutzerinnen und der Stakeholder |³⁵ – wurde eine Neugestaltung der Versorgungsprozesse skizziert. Dies hatte die Entwicklung und Implementierung einer erweiterten Rolle, einer sogenannten Advanced Practice Midwife, im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit zur Folge. |³⁶

Diese erweiterte Rolle basiert auf Masterniveau und umfasst insbesondere fachliche vertiefende Kenntnisse über perinatale psychische Erkrankungen. Betreuungsschwerpunkte im Rahmen der erweiterten (Hebammen-)Rolle ist ein systematisches Screening auf psychisches Wohlbefinden aller schwangeren Frauen. Bei Frauen mit psychischen Erkrankungen erfolgt eine frühe Vernetzung zu anderen ambulanten Gesundheitsversorgern, eine Koordinierung und ggf. Steuerung des Behandlungsverlaufs, eine kontinuierliche Begleitung in der Schwangerschaft durch die Hebamme, eine Geburtsplanung und ambulante Betreuung nach der Geburt. Im Rahmen der erweiterten Rolle wurde ein konsiliarischer Dienst zu anderen medizinischen Fachabteilungen aufgebaut und ein interdisziplinäres Team gebildet. Ebenso wurden Schulungen von Hebammen und Pflegenden durchgeführt. |³⁷ ³⁸

Eine Stelle als Advanced Practice Midwife im Bereich perinatale psychische Gesundheit wurde in einem tertiären Krankenhaus eingerichtet.

Erhöhte Handlungs- und Interaktionskompetenz in hochkomplexen Situationen

Hochschulisch Qualifizierte sind in der Lage, auch in hochkomplexen Situationen fallorientiert selbständig Entscheidungen hinsichtlich der Versorgungsbedarfe und erforderlicher Interventionen zu treffen und ihr Handeln dabei an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den Wertpräferenzen der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten auszurichten. Gefordert ist v. a. der Ausbau der wissenschaftsbasierten Fachlichkeit sowie eine Erweiterung der sozialen, transkulturellen und kommunikativen Kompetenzen. Diese sind auch eine entscheidende Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Die Vermittlung digital-technischer

|³⁴ Vgl. Berger et al. 2017.

|³⁵ Vgl. Berger et al. 2020.

|³⁶ Vgl. Sutter et al. 2020.

|³⁷ Ebd.

|³⁸ Vgl. Cignacco 2020.

- 24 Qualifikationen und Kompetenzen setzt eine auf Digital & Data Literacy ausgerichtete Qualifikation für Fachkräfte sowie Lehrende und entsprechende Forschung und Akademisierung zum Thema innovative Technologien voraus. Digital Literacy ist die Basis dafür, dass (Pflege-)Technologien im Arbeitsalltag zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation für Beschäftigte und Patientinnen und Patienten führen. Sie stellt zudem eine wichtige Option dar, einen Beitrag zur Reduktion des Fachkräftemangels zu leisten.

A.III STAND DER AKADEMISIERUNG DER GESUNDHEITSFACHBERUFE

Um den Entwicklungsstand der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften fundiert erheben, einschätzen und interpretieren zu können, wurden im Rahmen der „HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update“ umfassende Online-Befragungen an Hochschulen und Krankenhäusern durchgeführt. Methodisch wie inhaltlich setzt die Studie auf dem Wissenschaftsratspapier aus dem Jahr 2012 auf. Durch die HQGplus-Studie liegen erstmals systematische und differenzierte Daten vor, die zusätzlich zur Entwicklung gesundheitsbezogener Studienangebote Auskunft über den Ausbau der Forschung und der wissenschaftlichen Karrierewege als zentrale Aspekte der wissenschaftlichen Disziplinenbildung sowie die Berufsfeldpraxis hochschulisch qualifizierter Angehöriger der Gesundheitsfachberufe geben. Zudem wurden leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen der Gesundheitsfachberufe durchgeführt, die Hinweise auf Barrieren und Treiber der wissenschaftlichen Disziplinenbildung sowie die Gelingensbedingungen primärqualifizierend-dualer Studiengänge liefern. Die Ergebnisse der HQGplus-Studie sind umfassend in einem Studienbericht veröffentlicht. |³⁹

III.1 Entwicklung des Studienangebots

Die partielle Akademisierung der Pflege-, Hebammen- und Therapieberufe stellte die zentrale Empfehlung des Wissenschaftsrats zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen im Jahr 2012 dar. |⁴⁰ Die empfohlene Akademisierungsquote entwickelte sich von 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in der Folge als wichtige und vielfach zitierte Referenzgröße in der Diskussion um den Ausbau von Studienangeboten und -plätzen, die für patienten- bzw. klientennahe Aufgabenbereiche in der Gesundheitsversorgung qualifizieren. |⁴¹ Die

|³⁹ Vgl. HQGplus-Studienbericht 2022.

|⁴⁰ Vgl. Wissenschaftsrat 2012.

|⁴¹ Hierunter wird die Qualifikation für Verantwortlichkeiten und unmittelbare Tätigkeiten an Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten verstanden, die darauf abzielen, Gesundheit zu fördern und zu

Länder haben die Empfehlung des Wissenschaftsrats aufgenommen und den Aufbau entsprechender patienten- bzw. klientenaher Studiengänge bzw. dem Ausbau von Studienplatzkapazitäten initiiert.

Eine Analyse der Zahlen zur Entwicklung der DESTATIS-Fächersystematik |⁴² zeigt eine positive dynamische Entwicklung für Studierendenzahlen/Studiengänge im Gesundheitsbereich (siehe Abbildung 10 und Abbildung 11 sowie Tabelle 2 und Tabelle 3 im Anhang). |⁴³ Schätzungen auf Basis der Wissenschaftsratsempfehlungen 2012 und der *HQGplus*-Studie sowie Hinweise aus Analysen des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) zum inhaltlichen Zuschnitt neuer Studienangebote |⁴⁴ legen nahe, dass der Anteil patienten- bzw. klientenaher Studienangebote nicht nur nominal, sondern auch im Verhältnis zu Studienangeboten im Gesundheitsbereich mit anderen Profilen/Schwerpunkten seit 2010/11 leicht zugenommen hat. Gleichwohl liegt Deutschland hinsichtlich der tertiären Bildungsabschlüsse in der Fächergruppe Gesundheits- und Sozialwesen deutlich unter dem OECD-Durchschnitt. |⁴⁵ Hier zeigt sich der Sonderweg Deutschlands, der – anders als z. B. in den meisten europäischen Nachbarländern – den Erwerb berufszulassender Abschlüsse in den Gesundheitsfachberufen weiterhin vorwiegend im sekundären Bildungssektor vorsieht (vgl. Anhang C.II.3).

Die Daten der amtlichen Statistik sind nicht ausreichend differenzierbar, um Aussagen zur Entwicklung der Studienangebote und Studierendenzahlen für die einzelnen hier betrachteten Berufsgruppen |⁴⁶ abzuleiten oder die Entwicklung der Studienangebote differenziert nach Studienformaten mit unterschiedlicher Verzahnung der Lernorte – Hochschule, Berufsfachschule und Berufspraxis – abzubilden. |⁴⁷ Insbesondere für primärqualifizierend-duale Studiengänge, die als

erhalten sowie Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen und Störungen zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern.

|⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt 2023.

|⁴³ Vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, B.I.1.h.

|⁴⁴ Vgl. Grevers, Hachmeister 2019.

|⁴⁵ Deutsches Statistisches Bundesamt (DESTATIS)-Pressemitteilung vom 5.10.2022: „In der Bevölkerung mit tertiärem Bildungsabschluss in Deutschland hatte 2021 knapp jede oder jeder Zehnte einen Abschluss der Fächergruppe Gesundheits- und Sozialwesen (9,5 %). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, lag der Anteil damit deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 13,0 %.“ URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/10/PD22_421_213.html, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁴⁶ Die Zahl der Studierenden in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie und in den Therapiewissenschaften fällt unter das Studienfach „nichtärztliche Heilberufe/Therapien“ und wird vom Statistischen Bundesamt nicht gesondert ausgewiesen. (Vgl. Deutscher Bundestag 2019, S. 18).

|⁴⁷ Patientennahe Studiengänge müssen immer auch die Vorgaben der Berufsgesetze erfüllen. Durch Öffnungen in den Berufsgesetzen und die Einführung von Modellklauseln für die Pflege im Jahr 2004 und für die

26 neues duales Studienformat bspw. auch nicht in den Systematiken der Datenbank AusbildungPlus des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Hochschulkompasses der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) gesondert erfasst werden, ist die Datenlage bislang lückenhaft (vgl. B.III).

Ein wesentliches Ziel der im Juni 2022 veröffentlichten *HQGplus*-Studie bestand daher darin, die Entwicklung gesundheitsbezogener Studienangebote umfassend zu erheben und die bestehenden patienten- bzw. klientennahen Studienangebote in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften dabei nach einheitlich definierten Studienformaten zu erfassen (vgl. C.IV). Unterschieden werden auf Bachelorniveau vier Studienformate, die danach differenzieren, ob nur das Studium für einen staatlich geregelten Gesundheitsfachberuf qualifiziert (primärqualifizierend) oder, ob eine berufsschulische Ausbildung in das Studium integriert ist (ausbildungsintegrierend), begleitend zum Studium erfolgt (ausbildungsbegleitend) oder für die Aufnahme des Studiums vorausgesetzt wird (additiv). |⁴⁸ In dem hier betrachteten Kontext der Gesundheitsfachberufe **sind sowohl primärqualifizierende Bachelorstudiengänge als auch ausbildungsintegrierende Bachelorstudiengänge als duale Studienangebote** zu verstehen. Die primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge begründen dabei mit ihren Charakteristika (vgl. B.I.3.a), insbesondere der gesetzlich verankerten Berufszulassung bei Studienabschluss, einen eigenen Typus dualer Studiengänge, der eine Erweiterung der Wissenschaftsrats-Typologie dualer Studiengänge aus dem Jahr 2013 erfordert (vgl. Anhang C.IV, Abbildung 4). Nachfolgend werden diese Studiengänge daher als primärqualifizierend-dual bezeichnet.

Zur Aktualisierung der Studierendenzahlen erfolgte im August 2022 zusätzlich eine Abfrage bei den Ländern. Erhoben wurden für die Jahre 2019–2022 die Zahlen der Studienanfängerinnen und -anfänger im 1. Fachsemester sowie Studienkapazitäten in patienten- bzw. klientennahen Studiengängen der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie). Die Abfrage orientierte sich an den Formaten der *HQGplus*-Studie, um die Anschlussfähigkeit an die Ergebnisse und den Bericht der Studie zu gewährleisten. Die eingeschränkte Datenqualität der Abfrage |⁴⁹ zeigt jedoch deutlich die Notwendigkeit einer standardisierten Datenerhebung im Rahmen eines kontinuierlichen Monitorings (vgl. B.III). So lassen sich auf Basis der

Hebammen und Therapieberufe im Jahr 2009 entstand der Freiraum, ausbildungsintegrierend oder primärqualifizierend-dual zu qualifizieren.

|⁴⁸ Vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, S. 18 f.

|⁴⁹ Einige Länder konnten ihre Daten nicht entsprechend der vorgegebenen Studienformate melden; z. T. wurde stattdessen die Klassifikation der amtlichen Statistik verwendet. Zu einigen wenigen Studiengängen konnten keine Angaben zur Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger gemacht werden, da aufgrund der Anrechnung außerhochschulischer Qualifikationen die Aufnahme in höhere Sachsemester erfolgt. Angaben zu den Studienkapazitäten liegen nur teilweise vor.

Länderabfrage lediglich (grobe) Abschätzungen zur Entwicklung der Gesamtzahl der Studiengänge und der Studienanfängerzahlen, getrennt nach Studienabschluss und Hochschultyp, für die Jahre 2019–2021 treffen. Differenzierte Aussagen zu den einzelnen Studienformaten sind nur in Teilen möglich. Eine Übersicht der erfassten Studienanfängerzahlen findet sich im Anhang (vgl. Tabelle 4 und Tabelle 5).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der **HQGplus-Studie** einen **deutlichen Anstieg des Studienangebots auf Bachelorniveau seit 2012**. Die Zahl der Bachelorstudiengänge über alle Fachgebiete hinweg belief sich im Jahr 2019 auf 157. Dies bedeutet nahezu eine Verdreifachung. |⁵⁰ Der Anteil der primärqualifizierend-dualen Bachelorstudiengänge rangiert dabei anteilmäßig in allen Fachgebieten hinter den ausbildungsintegrierenden und additiven Bachelorstudiengängen an dritter Stelle. Bezüglich der Entwicklung der Zahl der Studierenden erlauben die Ausgangsdaten der Wissenschaftsratsempfehlungen aus dem Jahr 2012 nur eine sehr grobe Schätzung. Danach ist die Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften im Zeitraum von 2012 bis 2019 etwa um das 2,4-fache angewachsen. Der Zuwachs liegt damit im Vergleich etwas niedriger als der Anstieg der Studienangebote. Die zusätzliche Abfrage bei den Ländern zeigt bis zum Jahr 2021 keinen weiteren Anstieg der Studiengangszahlen sowie der Studienanfängerzahlen gegenüber den Ergebnissen der **HQGplus-Studie**.

Als **sehr gering** muss in allen drei Fachgebieten das **Angebot von patienten- bzw. klientennahen Masterstudiengängen** bezeichnet werden, auch wenn sich hier in der Länderabfrage eine positivere Tendenz abzuzeichnen scheint (**HQGplus-Studie 2019**: 20 Master-Studiengänge; **Länderabfrage 2021**: 35 Masterstudiengänge). Dies hat nicht nur schwerwiegende Folgen für den Aufbau von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen sowie die wissenschaftliche Disziplinenbildung (siehe A.III.3). Auch für die wichtige fachliche Spezialisierung in der patienten- bzw. klientennahen Versorgung fehlt es an Studiengängen auf Masterniveau. Erfolgversprechende Ansätze existieren hierzu bislang vor allem in der Pflege im Bereich des sogenannten Advanced Practice Nursing (APN). |⁵¹ Mittlerweile gibt es ca. fünf Hochschulen, die diese Qualifikation auf Masterniveau anbieten. Im deutschen Netzwerk für ANP/APN hat sich eine routinierte und gefestigte Struktur für die Diskussion um Qualifikation, Kompetenzen, Strukturen, Spezialisierungen und Wirkungen von ANP in der gesundheit-

|⁵⁰ Vgl. **HQGplus-Studienbericht 2022**, S. 60.

|⁵¹ Vgl. Maier, Aiken, Busse 2017.

28 lichen Versorgungspraxis gebildet. |⁵² Es gibt erste wissenschaftliche Analysen über Advanced Nursing Practice in Deutschland. |⁵³ Die Universitätsklinikum Freiburg und Hamburg-Eppendorf entwickeln systematisch Formen, um Advanced Nurse Practitioner in ihre Versorgungsstrukturen zu integrieren.

Zu den speziell qualifizierten Pflegefachpersonen gehören in einem anderen Setting auch sogenannte Community Health Nurses. In Deutschland haben sich Studiengänge in Community Health Nursing (z. B. an der Evangelischen Hochschule Dresden |⁵⁴) etabliert, die auf diesen Tätigkeitsbereich vorbereiten. Die Bundesregierung beabsichtigt, auf der Grundlage des Koalitionsvertrags von 2021 Community Health Nursing als neues Berufsbild zu etablieren. |⁵⁵ ⁵⁶

Determiniert wird die Entwicklung der Studienangebote gerade auf Bachelorniveau wesentlich durch die rechtlichen Rahmenbedingungen. So werden auch in den Experteninterviews der HQG^{plus}-Studie **politische Entscheidung und rechtliche Absicherung** am häufigsten als **Gelingsbedingungen für die Einführung bzw. Etablierung primärqualifizierend-dualer Studiengänge** genannt. Diese haben sich in den letzten zehn Jahren für die Gesundheitsberufe und speziell für die berufliche Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsfachberufe zum Teil grundlegend verändert. Die verschiedenen berufsrechtlichen Entwicklungen, die zudem unterschiedliche zeitliche Dynamiken aufweisen, führen zu einer Koexistenz verschiedener hochschulischer und berufsfachschulischer Qualifizierungsangebote, die zum Teil in Konkurrenz zueinanderstehen. Die Festlegung auf primärqualifizierend-duale Studiengänge in den reformierten Berufsgesetzen für die Pflegeberufe und die Hebammen ändert an der Heterogenität der

|⁵² Vgl. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-DBfK_Advanced-Practice-Nursing_2020-06.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁵³ Vgl. Mendel, Feuchtinger 2009; Blanck-Köster 2017.

|⁵⁴ Vgl. URL: <https://ehs-dresden.de/studium/studiengaenge/pflege-und-gesundheit/pflege-schwerpunkt-community-health-nursing-chnadvanced-nursing-practice-anp-master-berufsbegleitend/eckdaten-des-studiengangs>, zuletzt abgerufen am 14.09.2023.

|⁵⁵ SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP, 2021, S. 82.

|⁵⁶ Bisläng können Tätigkeitsbereiche von Community Health Nurses nur auf der Basis ärztlicher Delegation durchgeführt werden.

Studienformate aufgrund der langen Übergangsfristen insbesondere bei den Pflegestudiengängen zunächst wenig. |⁵⁷ ⁵⁸

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen gilt es im Folgenden insbesondere den Entwicklungsstand der grundständigen hochschulischen Qualifikation (Bachelorstudiengänge) für die verschiedenen Fachgebiete bzw. Gesundheitsfachberufe zu betrachten sowie die Konsequenzen (berufs-)rechtlicher Änderungen und weiterer (politischer) Rahmenbedingungen/Entwicklungen auszuloten (vgl. B.I.3). Basis ist die *HQGplus*-Studie, die jedoch die Entwicklung seit Inkrafttreten des Pflegeberufe- sowie des Hebammenreformgesetzes nur in Ansätzen bzw. als Planungsangaben der Hochschulen abbildet. |⁵⁹ Wo möglich, werden die Ergebnisse der *HQGplus*-Studie daher um Ergebnisse der Ländersabfrage sowie weitere fachspezifische Erhebungen und Abfragen ergänzt.

III.1.a Hebammenstudiengänge

Im Rahmen der *HQGplus*-Studie wurden 17 Studiengänge mit Zuordnung zur Hebammenwissenschaft erfasst, davon 16 Bachelor-Studiengänge (6 primärqualifizierend-duale) und 1 Master-Studiengang (Stand 2019). Die Akademisierungsquote |⁶⁰ allein auf die primärqualifizierend-dualen Angebote bezogen betrug laut *HQGplus*-Studie 15,7 %. Formatübergreifend zeigte sich für alle erfassten Bachelorstudiengänge eine Akademisierungsquote von 52 %.

Am 1. Januar 2020 trat das neue Hebammengesetz in Kraft, mit dem nun das primärqualifizierend-duale Hochschulstudium als zukünftig einziger Qualifizierungsweg für den Beruf der Hebamme vorgegeben ist. Danach wird den Studierenden der primärqualifizierend-dualen Hebammenstudiengänge eine Vergütung, angelehnt an die Vergütungen im bisherigen Ausbildungssystem, zugesichert. Zudem ist im Hebammengesetz die Weiterbildung der Praxisanleitung sowie die Finanzierung der Praxisanleitung geregelt. Die Praxisbegleitung erfolgt durch die Hochschulen.

Hinsichtlich der Bachelorstudiengänge zeigt sich mit Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes eine deutliche Zunahme, sowohl was die Anzahl der

|⁵⁷ Eine Ausbildung zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger, die vor dem 31. Dezember 2022 auf der Grundlage des § 6 Absatz 3 des Hebammengesetzes in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung in Form von Modellvorhaben begonnen wurde, kann bis zum 31. Dezember 2027 auf der Grundlage der Vorschriften des Hebammengesetzes in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung abgeschlossen werden (§ 78 Hebammengesetz vom 22. November 2019).

⁵⁸ Nach § 67 PfIBG können bestehende Kooperationen von Hochschulen mit Schulen zur Durchführung der hochschulischen Pflegeausbildung bis zum 31. Dezember 2031 fortgeführt werden.

|⁵⁹ Vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, S. 63 f.

|⁶⁰ Die Akademisierungsquote errechnet sich aus dem Verhältnis von Studienanfängerinnen und -anfängern zu neu aufgenommenen (Berufsfach)Schülerinnen und -schülern in den jeweiligen Berufen.

30 Studiengänge als auch der Studienanfängerinnenzahlen betrifft. Laut Länderabfrage hat sich die Zahl der Studienanfängerinnen von 2019–2021 insgesamt fast vervierfacht (von 441 auf 1.357) und die Zahl der Studiengänge verdreifacht (von 14 auf 40). Auch wenn der überwiegende Teil der Studienanfängerinnen ein Studium an einer HAW/FH aufnimmt (70 %), ist gerade an den Universitäten ein positiver Trend zu beobachten. Hier stieg die Zahl der Bachelorstudiengänge um das Dreifache und die Zahl der Studienanfängerinnen um das Siebenfache an.

Aufgrund der genannten Einschränkungen lassen die Daten der Länderabfrage keine präzise Aussage über den Anteil der primärqualifizierend-dualen Studiengänge zu. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft belief sich die Zahl primärqualifizierend-dualer Studienangebote zum Herbst 2022 bereits auf 46 Studiengänge |⁶¹ mit insgesamt 1.472 Studienplätzen. |⁶² Die Zahl der Studienplätze übertraf damit die Zahl der Fachschülerinnen im 1. Schuljahr im Jahr 2020/21 um knapp 60 %. Die Transformation von der berufsfachschulischen Ausbildung zur hochschulischen Qualifizierung schreitet damit rascher voran als es nach den Ergebnissen der *HQGplus*-Studie zu erwarten war. Danach waren für den Zeitraum 2020–2022 lediglich 17 weitere primärqualifizierend-duale Bachelorstudiengänge in Planung.

Ein Desiderat bleiben weiterhin auch patienten- bzw. klientennahe Studienangebote auf Masterniveau. Hier ist lediglich ein Studiengang an einer Universität zu verzeichnen (Länderabfrage wie auch *HQGplus*-Studie). |⁶³

III.1.b Pflegestudiengänge

Das Studienangebot in der Pflegewissenschaft hat sich gemäß den erhobenen Daten der *HQGplus*-Studie von 2012–2019 insgesamt verdreifacht und an Universitäten im Speziellen versiebenfacht. Die Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger hat sich näherungsweise verdoppelt/verdreifacht. Insgesamt belief sich die Zahl der patienten- bzw. klientennahen Bachelorstudienangebote in der Pflegewissenschaft im Jahr 2019 auf 62 Studienangebote (davon 8 primärqualifizierend-dual); die Zahl der Masterstudiengänge belief sich auf 12 Studienangebote. Trotz dieser Entwicklungen blieb mit Blick auf die primärqualifizierend-dualen Studiengänge die Akademisierungsquote |⁶⁴ in der Pflege mit 0,43 % deutlich unter

|⁶¹ Laut Länderabfrage stieg die Zahl der Bachelor-Studiengänge von 19 Studiengängen im Jahr 2019 auf 40 im Jahr 2021.

|⁶² Vgl. Studiengänge Bachelor – Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (URL: <https://www.dghwi.de/studium-forschung/studiengange/>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023).

|⁶³ Zu bestehenden Engpässen bei den Professuren sowie der benötigten personellen und strukturellen Ausstattung siehe A.III.3 und B.I.3.

|⁶⁴ Verhältnis der Studienanfängerinnen und -anfänger zu neu aufgenommenen Schülerinnen und Schülern an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens im Jahr 2019.

dem angestrebten Mindestwert von 10 %. Auch unter Berücksichtigung aller (formatübergreifend) erfassten Bachelorstudiengänge, reichte die Akademisierungsquote für die Pflege mit 3,2 % nicht an die 10 %-Marke heran.

Mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes ist die Berufszulassung seit dem Jahr 2020 sowohl regelhaft durch den erfolgreichen Abschluss eines primärqualifizierend-dualen Studiums als auch durch den erfolgreichen Abschluss einer dreijährigen fachschulischen Berufsausbildung möglich. Die beiden Qualifizierungswege befinden sich allerdings in einem ungünstigen Konkurrenzverhältnis zu Lasten der Studiengänge. Während in der berufsfachschulischen Ausbildung eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird, haben die Pflegestudierenden bislang |⁶⁵ keinen Anspruch auf Vergütung ihrer Praxiseinsätze |⁶⁶, die – per Pflegeberufgesetz – aber nahezu den gleichen zeitlichen Umfang einnehmen wie in der berufsfachschulischen Ausbildung und mehr als die Hälfte der gesamten Studienzeit beträgt (insgesamt 4.600 Stunden, davon 2.300 Stunden Praxiseinsätze, 2.100 Stunden Lehrveranstaltungen). Der Umfang der vorgeschriebenen Praxiseinsätze mit zu leistendem Schicht- und Wochenenddienst sowie die deshalb verkürzte vorlesungsfreie Zeit ermöglicht zudem kaum eine Finanzierung des Studiums durch Nebenjobs. |⁶⁷ Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft sieht in der fehlenden Vergütung der Praxiseinsätze der Studierenden im Gegensatz zu der vorhandenen Vergütung für Auszubildende zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann einen wesentlichen Grund für eine zunehmend mangelnde Auslastung der Studiengänge. |⁶⁸ Nach einer Umfrage der Bundesdekanekonferenz Pflegewissenschaft waren im Wintersemester 2020/21 lediglich knapp 50 % der Studienplätze in den 18 teilnehmenden Studiengängen besetzt. |⁶⁹ In einem

|⁶⁵ Das Bundeskabinett hat im Mai 2023 den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung und zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege beschlossen. Danach sollen Studierende in der Pflege zukünftig für die gesamte Dauer ihres Studiums eine angemessene Vergütung erhalten. Derzeit befindet sich der Entwurf des Pflegestudiumstärkungsgesetzes (PflStudStG) im parlamentarischen Verfahren und soll am 01.01.2024 in Kraft treten. (vgl. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegestudiumstaerkungsgesetz-pflstudstg.html>, zuletzt abgerufen am 19.10.2023.)

|⁶⁶ Das Pflegeberufgesetz schließt ausdrücklich keine Vergütung aus. „Ein Anspruch auf Ausbildungsvergütung der Studierenden ist gesetzlich nicht geregelt. Sie kann jedoch vertraglich vereinbart werden.“ (Begründung des PflBRefG zu § 38 PflBG; URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/078/1807823.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023).

|⁶⁷ Sofern die finanziellen Voraussetzungen für ein Studium fehlen, greifen die für Studiengänge üblichen Regelungen zum Bundesausbildungsförderungsgesetz.

|⁶⁸ Vgl. URL: <https://dg-pflegewissenschaft.de/aktuelles/gemeinsames-statement-dgp-und-dpr-zur-situation-der-primarqualifizierenden-pflegestudiengaenge-an-den-deutschen-hochschulen/>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁶⁹ Vgl. Gräske, Lademann, Strupeit 2021.

32 offenen Brief weisen Pflegestudierende zudem auf Abbruchquoten von 50 % als Konsequenz der hohen Studienbelastung und der prekären finanziellen Situation hin. |⁷⁰ Die Hinweise auf eine mangelnde Auslastung insbesondere der primärqualifizierend-dualen Bachelorstudiengänge werden durch die Ergebnisse der Länderabfrage sowie eine Sondererhebung des BIBB-Pflegepanel |⁷¹ untermauert.

Aufgrund der insgesamt höheren Zahlen lassen sich trotz der eingeschränkten Datenqualität der Länderabfrage vorsichtige Aussagen bezüglich der Studienformate treffen. Für die primärqualifizierend-dualen Studienangebote zeigt sich annähernd eine Verdreifachung der Anzahl der Studiengänge von 2019–2021. |⁷² Im gleichen Zeitraum haben sich die Studienanfängerzahlen in den primärqualifizierend-dualen Studiengängen an den HAW/FH verdoppelt und an den Universitäten um das 16-fache erhöht. Trotz dieses Zuwachses ist mit Blick auf die Gesamtzahl der Studiengänge und der Studienanfängerzahlen jedoch keine Trendwende erkennbar: Die Gesamtzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger in den Bachelor-Studiengängen ist sogar leicht rückläufig (2019: 1.480; 2021: 1.423). Offenbar werden die Zugewinne bei den primärqualifizierend-dualen Studiengängen durch Abgänge bei den ausbildungsintegrierenden neutralisiert (die Anzahl der Anfängerinnen und Anfänger in ausbildungsintegrierenden Studiengängen sank um 40 %, die Zahl der Studiengänge um 30 %). Rückläufig ist auch die Anzahl der Masterstudiengänge (2019: 13; 2021: 10).

Die Akademisierungsquote (Stand 2021) beträgt unter Berücksichtigung aller Studienformate nach den von den Ländern gemeldeten Studienanfängerzahlen 2,5 % und liegt damit noch unter dem in der HQGplus-Studie (2019) errechneten Wert.

III.1.c Therapiestudiengänge

Für die Therapieberufe bestehen seit 2009 Modellklauseln in den jeweiligen Berufsgesetzen, wonach ein primärqualifizierend-duales Studium den Berufszugang ausnahmsweise ermöglicht. Zuletzt wurden die Modellklauseln zur Erprobung von primärqualifizierend-dualen Studiengängen für die Therapieberufe mit dem im Juni 2021 verabschiedeten Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz bis zum 31. Dezember 2024 verlängert. Nach dem im Frühjahr 2020 verabschiedeten Eckpunktepapier „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ einer

|⁷⁰ Vgl. URL: https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/News/2021/20211013_OFFENER_BRIEF_PFLEGE_BACHELOR.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁷¹ Vgl. Meng, Peters, Dorin 2022.

|⁷² Im Rahmen der Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels wurden 27 primärqualifizierend-duale Bachelor-Studiengänge erfasst; die Akademisierungsquote betrug 0,82 %; vgl. Meng, Peters, Dorin 2022.

Bund-Länder Arbeitsgruppe (Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheitsressorts der Länder) soll für jeden Beruf gesondert geprüft werden, „ob eine akademische Ausbildung in Betracht kommt und wenn ja, in welcher Ausgestaltung (teil- oder vollakademisch)“. |⁷³ Als relevante Faktoren werden die Teilbarkeit des Tätigkeitsspektrums (verschiedene Niveaus), die Größe der Auszubildendengruppe, der schon bestehende Akademisierungsgrad und der Anteil der Auszubildenden mit (Fach-)Hochschulreife sowie die Evaluationsergebnisse der Modellprojekte genannt. Nach dem Stand des Eckpunktepapers könnte für die Physio- und Ergotherapie eine Teilakademisierung in Betracht kommen, während für die Logopädie/Sprachtherapie-Ausbildung eine vollakademische Ausbildung geprüft würde.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereitet in einem nächsten Schritt die Reform und Modernisierung der Ausbildungen der Berufe in der Physiotherapie vor. Auf der Grundlage eines Konsultationsverfahrens zur Vorbereitung eines Referentenentwurfs im Sommer 2021 hat das BMG ein Konzept für eine Teilakademisierung der Berufe in der Physiotherapie im Sinne eines „Nebeneinanders“ einer berufsfachschulischen und einer hochschulischen Ausbildung zu zwei Berufen in der Physiotherapie erarbeitet und im Sommer 2022 hierzu eine ergänzende Befragung durchgeführt. |⁷⁴ Die Erarbeitung eines Referentenentwurfs des BMG zur Reform der Physiotherapie erfolgt im Verlauf des Sommers 2023. Wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung des Referentenentwurfs hat das BMG auch aus einem Austausch auf Fachebene in einem Bund-Länder-Begleitgremium gewonnen.

Nach den Erhebungen der *HQGplus*-Studie waren im Jahr 2019 für die Studiengänge der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie/Sprachtherapie insgesamt 61 Bachelorstudiengänge zu verzeichnen, die eindeutig einem Fachgebiet zuzuordnen sind, darunter 38 Physiotherapie-Studiengänge, 9 Ergotherapie-Studiengänge und 14 Logopädie/Sprachtherapie-Studiengänge. |⁷⁵ Hinzu kommen 20 Bachelorstudiengänge, die mehr als einem Fachgebiet zugeordnet werden können (6 sog. therapiewissenschaftliche und 12 Kombinationsstudiengänge |⁷⁶).

Im Unterschied zur Pflege scheinen die Bachelorstudiengänge in der Physiotherapie besser nachgefragt zu sein: laut Länderabfrage stieg die Zahl der

|⁷³ URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁷⁴ Vgl. URL: <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-928552> sowie URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/051/2005128.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁷⁵ Vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, S. 148.

|⁷⁶ Unter die Kategorie „Therapiewissenschaften (Physio-, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie)“ werden Studiengänge mit Zuordnung zu den drei Fachgebieten subsumiert; Studiengänge, die zwei oder vier Fachgebiete abdecken, werden in der *HQGplus*-Studie als Kombinationsstudiengänge bezeichnet.

34 Studienanfängerinnen und -anfänger von 2019 bis 2021 um ca. 25 % bei einer gleichbleibenden Zahl von Studiengängen. Allerdings zeigt sich diese Entwicklung nur an den HAW/FH; an den Universitäten gibt es hingegen kaum Bewegung.

Die Angaben der Länderabfrage zu den Studiengängen und Studienanfängerzahlen in der Ergotherapie und Logopädie/Sprachtherapie liegen unter den Zahlen der *HQGplus*-Studie. Es ist hier weniger zu vermuten, dass die Zahlen rückläufig sind, als dass die Erfassung lückenhaft ist. Die verfügbaren Zahlen weisen gleichwohl auf eine gewisse Stagnation in der Entwicklung hin.

Sowohl in der *HQGplus*-Studie als auch in der Länderabfrage zeigt sich ein spezielles Problem der Nichterfassung der Studiengänge in der akademischen Sprachtherapie. So bestehen laut Arbeitskreis Berufsgesetz Logopädie/Sprachtherapie |⁷⁷ aktuell zehn Studiengänge, die über eine entsprechende Zulassung nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 15.03.2021 (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2021: Anhang 4 zu Anlage 5) verfügen. Obwohl diese Studiengänge explizit abgefragt wurden, wurden z. B. im Rahmen der *HQGplus*-Studie lediglich zwei dieser Studiengänge angegeben. Die lückenhafte Erfassung der akademischen Sprachtherapie liegt vermutlich in der fehlenden Kenntnis der Hochschulen um die Einordnung dieser Studienangebote begründet.

Die lückenhafte Erfassung der Bachelorstudiengänge in der akademischen Sprachtherapie schränkt auch die Aussagekraft der berechneten Akademisierungsquoten ein. Hinzu kommt, dass die Studienplätze in den Therapiewissenschaften und den Kombinationsstudiengängen aufgrund mangelnder Differenzierbarkeit und Zuordenbarkeit zu den Fachgebieten nicht für die Berechnung der Akademisierungsquoten herangezogen werden konnten. Vor allem die Akademisierungsquoten der therapiewissenschaftlichen Fächer werden daher in der *HQGplus*-Studie voraussichtlich unterschätzt. Nur die eindeutig zuzuordnenden Studiengänge betrachtend, ist die Akademisierungsquote für die primärqualifizierend-dualen Studiengänge in der Logopädie/Sprachtherapie 3,1 %, in der Physiotherapie 6,1 % und in der Ergotherapie 1,6 %. Auch unter Berücksichtigung aller (formatübergreifend) in der *HQGplus*-Studie erfassten Bachelorstudiengänge, reicht die Akademisierungsquote in der Ergotherapie mit 3,0 % nicht an die 10 %-Marke heran, während sie für die Physiotherapie mit 15,9 % und die Logopädie/Sprachtherapie mit 34,6 % deutlich darüber liegt. Nach Berechnungen des Arbeitskreises Berufsgesetz beliefe sich die Akademisierungsquote in der Logopädie/Sprachtherapie bei Einrechnung aller Bachelorstudiengänge in der akademischen Sprachtherapie sogar auf 53,8 %.

|⁷⁷ Vgl. URL: <https://www.arbeitskreis-berufsgesetz.de/arbeitskreis-berufsgesetz>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

Eine der zentralen Empfehlungen des Wissenschaftsrats zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen aus dem Jahr 2012 war, die hochschulischen Qualifizierungswege in den Gesundheitsversorgungsberufen stärker zu koordinieren und durch Elemente einer interprofessionellen Ausbildung so zu verzahnen, dass eine angemessene Vorbereitung der Absolventinnen und Absolventen auf eine Tätigkeit in der stark arbeitsteilig und kooperativ organisierten Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann. Der Wissenschaftsrat hatte dies ausdrücklich als übergreifende Aufgabe definiert und zwei institutionelle Modelle vorgeschlagen:

1 – Das Modell des Gesundheitscampus sieht vor, an HAW/FH neu geschaffene Studiengänge für die Gesundheitsfachberufe unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften einzurichten und eine enge Kooperation mit einer in räumlicher Nähe gelegenen Universität mit Medizinischer Fakultät zu etablieren.

2 – Das integrative Modell ist hingegen darauf ausgerichtet, an Universitäten neu geschaffene pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge unter dem Dach eines Departments für Gesundheitswissenschaften einzurichten, welches der Medizinischen Fakultät angegliedert ist.

In beiden Modellen sollten nach den Empfehlungen aus dem Jahr 2012 ausgewählte Elemente interprofessioneller Lehre umgesetzt werden, die sich im Ausland bewährt haben (z. B. interprofessionelle Training Wards, von Studierenden aller drei Bereiche und der Medizin, gemeinsam genutzte Skills Labs sowie gemeinsam besuchte Lehrveranstaltungen). Darüber hinaus sind interprofessionelle Prozesse und der interdisziplinäre Diskurs wichtige Grundlagen für die Entwicklung wissenschaftlicher Disziplinen in den Gesundheitsberufen. |⁷⁸

In den vergangenen Jahren haben sich eine Reihe von Projekten und Initiativen der Förderung der interprofessionellen Lehre in den Gesundheitsberufen

|⁷⁸ Vgl. Walkenhorst 2016.

36 gewidmet. Zu nennen sind hier beispielsweise die Projekte Operation TEAM |⁷⁹ der Robert Bosch Stiftung und nexus der HRK |⁸⁰.

Darüber hinaus ist interprofessionelle Lehre nur selten fest curricular verankert. So bestehen unter Einhaltung der (berufs-)gesetzlichen Vorgaben wenige Zeitfenster im Studium, um interprofessionelle Lehre realisieren zu können. In den Empfehlungen zum Masterplan Medizinstudium 2020 des Wissenschaftsrats wies die eingesetzte Expertenkommission darauf hin, dass immer noch viele grundlegende inhaltliche und strukturelle Fragen zur Implementierung interprofessioneller Lehre (im Medizinstudium) nicht geklärt seien |⁸¹ und empfahl für die Weiterentwicklung der interprofessionellen Lehre im Medizinstudium, aber auch in anderen Gesundheitsberufen, einen weiteren Ausbau der Forschungsaktivitäten und entsprechender Fördermöglichkeiten. Zudem sprach sie sich dafür aus, die vielfältigen bestehenden Projekte in der interprofessionellen Lehre durch entsprechende Begleitforschung zu unterlegen. |⁸²

Im Gegensatz zu den vielfältigen Projekten und Initiativen zur Entwicklung interprofessioneller Lehrformate sind die vom Wissenschaftsrat 2012 vorgeschlagenen Modelle zur institutionellen/strukturellen Verortung von pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen, Gesundheitscampus als kooperatives Modell zwischen HAW/FH und Universitäten und integratives Modell an Universitäten kaum aufgegriffen worden. Eine Ausnahme stellt der Gesundheitscampus Göttingen mit seinem breiten Kooperationspektrum inkl. ambulanter Schwerpunkte dar. Der Wissenschaftsrat hatte sich im Jahr 2012 dezidiert für eine Beteiligung der Universitäten und der universitären Medizin an der (interprofessionellen) Ausbildung eines Teils des in der Pflege, den Therapieberufen und der Geburtshilfe tätigen Fachpersonals ausgesprochen. Aufgrund der Komplexität der Versorgungsaufgaben sah er die Universitätsklinika zudem in besonderer Weise geeignet, zur Entwicklung von Berufsfeldern für akademisch

|⁷⁹ Das Förderprogramm „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ der Robert Bosch Stiftung hat in einer ersten Förderphase bundesweit 17 unterschiedliche Projekte in Form von regionalen Kooperationen mit Medizinischen Fakultäten an verschiedenen Standorten in Deutschland unterstützt und eng begleitet. Die aktuelle Förderphase „Operation Team - Transfer der Interprofessionellen Lehrkonzepte“ fokussiert sich auf die Unterstützung von sieben neuen Standorten bei dem Transfer ausgewählter interprofessioneller Lehrkonzepte. Vgl. Robert Bosch Stiftung 2018; vgl. auch <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-02/2021-Deutschland.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁸⁰ Vgl. Hochschulrektorenkonferenz 2017.

|⁸¹ Vgl. Wissenschaftsrat 2018, S. 82.

|⁸² Vgl. Ebd., S. 85.

qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal beizutragen. |⁸³ In dem 2021 verabschiedeten Papier zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem empfiehlt der Wissenschaftsrat der Universitätsmedizin, die Akademisierung und professionelle Differenzierung der Gesundheitsfachberufe stärker als bisher als eigene Aufgabe wahrzunehmen und ihr Engagement in diesem Bereich auszuweiten. |⁸⁴ Die jeweilige wissenschaftliche Disziplinbildung geht für die Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften allerdings über die Bezugsdisziplin Medizin hinaus. Sie profitiert in hohem Maße von einer engen Kooperation mit weiteren Wissenschaften wie Sozial-, Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften, Psychologie und Pädagogik bzw. spezifischer für die Physiotherapie z. B. mit der Sportwissenschaft und für die Logopädie/Sprachtherapie z. B. mit der Sprechwissenschaft und Linguistik.

Ungeachtet der Bedeutung interprofessioneller Kompetenzen für die Zusammenarbeit im konkreten Versorgungskontext mit anderen, ebenfalls akademischen Berufsgruppen sowie für die Entwicklung, Implementierung und Evaluation innovativer Versorgungsmodelle, bleibt Interprofessionalität in der Lehre weiterhin ein Desiderat.

III.3 Forschung und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen

In seinen 2012er-Empfehlungen konstatierte der Wissenschaftsrat, dass der Aufbau von Studienkapazitäten für eine praxis- und patientenorientierte Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen zu den zeitlich dringlichsten Aufgaben zähle. Zugleich wies er darauf hin, dass die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe mittel- und langfristig nicht auf die Einrichtung von (Bachelor-)Studiengängen beschränkt bleiben könne, sondern die wissenschaftliche Disziplinenbildung durch den Auf- und Ausbau von genuinen Forschungsaktivitäten sowie von wissenschaftlichen Karrierewegen vorangetrieben werden müsse. |⁸⁵ Analog verwies auch der Gesundheitsforschungsrat im Jahr 2011 auf Basis eines Konzeptpapiers zur Forschung in den Gesundheitsfachberufen |⁸⁶ auf fehlende Angebote an Masterstudiengängen, Strukturen und Personal für den Aufbau und den Erhalt einer leistungsfähigen Forschung sowie stabile Pfade für die Förderung von

|⁸³ Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung im Rahmen der *HQGplus*-Studie weisen darauf hin, dass hochschulisch qualifizierte aus den Gesundheitsfachberufen stärker an Universitätsklinika vertreten sind (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, B.II.3).

|⁸⁴ Vgl. Wissenschaftsrat 2021.

|⁸⁵ Vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 97.

|⁸⁶ Vgl. URL: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

38 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen. Potenziale für eine genuine, von der medizinischen Forschung und weiteren Bezugsdisziplinen hinreichend klar abgrenzbare Forschung in den Gesundheitsfachberufen sah er insbesondere in den Bereichen der klinischen Forschung und der Versorgungsforschung. |⁸⁷ In der Agenda Pflegeforschung für Deutschland wurden nicht nur prioritäre Forschungsthemen definiert, sondern insbesondere die Notwendigkeit nachhaltiger Förderstrukturen und langfristiger Förderprogramme für die Pflegeforschung als eigenständiges Forschungsgebiet unterstrichen. |⁸⁸ Zur Förderung der Evidenzbasierung in den Gesundheitsfachberufen publizierte eine Arbeitsgruppe von Vertreterinnen und Vertretern aus den Pflege-, Hebammen-, Physiotherapie-, Ergotherapie- und Logopädiwissenschaften unter Federführung von Cochrane Deutschland 2016 einen forschungsmethodischen Leitfaden, der zusammen mit dem Innovatoren-Atlas den Ausbau der Forschungskapazität in diesen Disziplinen unterstützen sollte. |⁸⁹ 2017 erklärte die HRK, dass der vom Wissenschaftsrat 2012 konstatierte Entwicklungsbedarf in der Forschung im Bereich der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften unverändert fortbestehe. Notwendig sei „eine systematische und kontinuierliche Forschungsförderung sowohl in der zugrundeliegenden Grundlagenforschung als auch in der angewandten Forschung |⁹⁰ im Rahmen bestehender und neu einzurichtender Forschungsprogramme.“ |⁹¹

Trotz wiederholter Bedarfsformulierungen sind ein kohärenter Aufbau genuiner Forschungsaktivitäten und Strukturbildungsmaßnahmen zur systematischen Förderung der wissenschaftlichen Disziplinenbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsfachberufe – unbeschadet der verschiedenen Fördermaßnahmen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) – bis heute Desiderate geblieben. Auch die Ergebnisse der HQGplus-Studie zeigen eklatante strukturelle Defizite mit erheblichen Konsequenzen für die Genese der jeweiligen Disziplinen (vgl. HQGplus-Studienbericht 2022, Abschnitt B.I.4).

Geringe Forschungsaktivitäten und fehlende Schwerpunktbildung in der Forschung

Für die an der HQGplus-Studie beteiligten Gesundheitsfachberufe und die Fakultäten/Arbeitsbereiche, die patienten- bzw. klientennah ausgerichtete Studien-

|⁸⁷ Vgl. Ewers et al. 2012.

|⁸⁸ Vgl. Behrens et al. 2012.

|⁸⁹ Vgl. URL: <https://www.cochrane.de/de/gesundheitsfachberufe>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

|⁹⁰ Zur Einordnung von Grundlagen- und angewandter Forschung vgl. Wissenschaftsrat 2020, S. 9 f.

|⁹¹ Entschließung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14. November 2017 in Potsdam. Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften. URL: https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

gänge anbieten, lässt sich festhalten, dass die Forschungsaktivitäten in dem betrachteten Bereich bislang noch überschaubar sind:

- _ Unter Berücksichtigung der Mittel für interne, antragsbezogene Förderprogramme, der eingeworbenen Drittmittel und der Zahl der verliehenen Promotionsurkunden lassen sich von den 78 befragten Hochschulen trotz schwieriger Rahmenbedingungen 13 als forschungsaktiv bezeichnen, davon zehn HAW/FH.
- _ Positiv herauszustellen ist hier, dass die HAW/FH trotz fehlender Strukturbildungsmaßnahmen aus der Grundfinanzierung eine durchaus bedeutsame Summe an Drittmitteln einwerben konnten.

Die strategische Ausrichtung der eigenen Forschung bzw. die Herausbildung und Etablierung eines Forschungsprofils werden von den an der HQGplus-Studie beteiligten Fakultäten/Arbeitsbereichen als wichtig für die jeweilige Disziplinentwicklung eingeschätzt. Zum Erhebungszeitpunkt ist jedoch nicht erkennbar, ob und welche Forschungsschwerpunkte sich in den einzelnen Fächern herausbilden; die verschiedenen Initiativen unterschiedlicher Akteure, bestimmte Forschungsthemen zu identifizieren, schlagen sich in den Befragungsergebnissen nicht nieder:

- _ Die Diversität der Angaben zu den Forschungsthemen lässt außer in der Pflegewissenschaft, wo sich ein Fokus auf die Pflege alter und hochaltriger Menschen findet, kaum eine Schwerpunktsetzung erkennen.
- _ Die Analyse der genannten Forschungsthemen macht deutlich, dass sich die Forschungsaktivitäten im Wesentlichen auf anwendungsorientierte und zum Teil öffentlich-rechtliche Auftragsforschung richten.
- _ Auch im Rahmen der vom Innovationsfonds geförderten Versorgungsforschung sind Projekte der Gesundheitsfachberufe bisher kaum vertreten.
- _ Eine aktive, bestimmte fächerspezifische Fragestellungen adressierende, Förderpolitik ist bislang nicht etabliert; vielmehr besteht bei den beteiligten Fakultäten/Arbeitsbereichen der Eindruck, seitens der meisten Förderer werde erwartet, dass sich die jeweiligen Fächer in die bestehende Systematik der Forschungsförderung einfinden.

Zu wenig Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen

Die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen wird von den an der HQGplus-Studie beteiligten Fakultäten/Arbeitsbereichen als wichtiger Faktor angesehen, die Forschungsleistung zu steigern und Studiengänge betreiben zu können. Gleichzeitig sind die dafür zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel gering (zumindest an den HAW/FH) und die qualifizierten Personen zu wenige:

- Um jeweils die wissenschaftliche Disziplinentwicklung der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften voranzubringen, ist die Einrichtung von primärqualifizierend-dualen, patienten- bzw. klientennahen Bachelorstudiengängen nicht hinreichend. Vielmehr müssen auch die nächsten Stufen, Masterstudiengänge und strukturierte Promotionsprogramme, etabliert und Forschung ermöglicht werden. Wie die *HQGplus*-Studie zeigt, gibt es nur sehr wenige patienten- bzw. klientennahe Masterstudiengänge in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften. Insgesamt wurden lediglich 20 patienten- bzw. klientennahe Masterstudiengänge erfasst, davon 12 in der Pflegewissenschaft. Die Zahl der Anfängerinnen und Anfänger in den Masterstudiengängen belief sich im Jahr 2019 auf lediglich 199, was einem Anteil von 4 % der gesamten Studienfängerinnen und -anfänger in den drei Fachgebieten entspricht. 14 der 20 angegebenen Masterstudiengänge (70 %) werden von HAW/FH angeboten. Diese haben zwar die Entwicklung von Studiengängen aufgenommen, für die weitere Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen (Promotion) bedarf es aber in der Regel Kooperationen mit Universitäten. Durch die Entwicklung verschiedener Modelle der Institutionalisierung und Fördermaßnahmen für die Einbindung von Fachhochschul-Professorinnen und -Professoren in Promotionsverfahren bieten sich Anknüpfungsmöglichkeiten. In verschiedenen Ländern besteht zudem ein unterschiedlich ausgestaltetes Promotionsrecht auch für HAW/FH (vgl. B.I.1).
- Auffällig in den Erhebungsdaten der *HQGplus*-Studie ist die geringe Anzahl promovierter wissenschaftlicher Mitarbeitender an den Hochschulen. Hier zeigt sich das strukturelle Ungleichgewicht zwischen Universitäten und den HAW/FH, an denen Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften hauptsächlich verortet sind (fehlende strukturierte Graduiertenprogramme, geringe Grundausstattung auch hinsichtlich wissenschaftlichen Personals).
- Es fehlt an strukturierten und thematisch ausgerichteten Graduiertenprogrammen, die zugleich eine internationale Vernetzung im Fach ermöglichen. Die wenigen existierenden Promotionsprogramme sind oftmals das Ergebnis von persönlichem Engagement einzelner Fachvertreterinnen und -vertreter. Es fehlt an nachhaltigen Strukturen, die die jeweilige Disziplinentwicklung über die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen voranbringen können. Problematisch ist, wenn wissenschaftlich interessierte Absolventinnen und Absolventen Promotionen in Bezugswissenschaften suchen, wenn sie keine ausreichenden Möglichkeiten in den Fachgebieten der Gesundheitsfachberufe finden. Dies ist Ausdruck der fehlenden Strukturen in diesen Fächern und erschwert die Genese eigenständiger Disziplinen, da der Erkenntnisgewinn nicht in den genuinen Fächern sichergestellt wird.

Engpässe sind auch bei der Besetzung von Professuren zu beobachten; nach der *HQGplus*-Studie konnten lediglich 70 % der Berufungsverfahren (2017–2019) erfolgreich abgeschlossen werden. Zugleich steigt aufgrund der Einrichtung neuer Studiengänge der Bedarf an Professuren.

Auf Grund der in Deutschland relativ jungen Entwicklung in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften gibt es nur wenige Personen, die die erforderlichen Berufungsvoraussetzungen erfüllen können.

Eine Hürde für die Besetzung von Professuren an HAW/FH stellt oftmals die fehlende Berufserfahrung von drei Jahren außerhalb der Hochschule nach dem ersten akademischen Abschluss dar. Oftmals verfügen die Personen über langjährige i. d. R. klinische Berufserfahrung, die aber nach einer Fachschulausbildung und vor dem Studium erworben wurde. Nach dem Studium werden sie oft als wissenschaftliche Mitarbeitende an Hochschulen tätig und können später dann nicht die erforderliche Berufspraxis vorweisen, obwohl sie praxiserfahren sind. Oftmals werden Doktorandinnen und Doktoranden direkt nach Erhalt der Promotion auf Professuren berufen mit der Folge, dass diese, vorwiegend mit der Lehre und dem Aufbau von Studiengängen befasst, sich kaum der Forschung, dem Aufbau ihrer wissenschaftlichen Karriere und der Profilierung der jeweiligen Disziplin widmen können. Die fehlende Forschungserfahrung, einhergehend mit geringer Publikationsaktivität, erschwert zudem einen Wechsel bzw. Bewerbungen auf Professuren an Universitäten.

Der geringe Anteil an Promotionen bedeutet aktuell und zukünftig einen Mangel an professoralem Nachwuchs. Zudem fehlt es an geeigneten Post-Doc-Stellen. Problematisch würde es insbesondere dann, wenn Berufungen nur in Ermangelung von Alternativen erfolgten und Professuren fachfremd besetzt würden, wodurch der qualitative (fach)wissenschaftliche Mangel die hochschulische Qualifizierung auf Jahre hinaus negativ prägen würde.

III.4 Berufsfeldpraxis

Die Bemühungen um hochschulische Qualifizierung und wissenschaftliche Disziplinenbildung ergeben letztlich nur Sinn, wenn die Absolventinnen und Absolventen und mit ihnen die erworbenen Handlungskompetenzen sowie die Ergebnisse und Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Arbeiten in das Feld der Berufspraxis gelangen. Dies setzt voraus, dass entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen, Aufgaben- und Stellenprofile sowie Vergütungsstrukturen vorliegen, die es erlauben, dass die erworbenen Kompetenzen auch zielführend und gewinnbringend eingesetzt werden können und dürfen.

Sowohl die geringe Beteiligung an der Krankenhausbefragung als auch die Auswertung der Interviews mit Referenzeinrichtungen im Rahmen der *HQGplus*-

42 Studie zeigen, dass der Anteil hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen in der Berufsfeldpraxis sehr gering ist. Infolgedessen kann in der stationären patienten- bzw. klientennahen Krankenhausversorgung nicht in nennenswertem Umfang auf hochschulisch qualifizierte Angehörige der Gesundheitsfachberufe zurückgegriffen werden. Dies macht auch die Follow-up-Studie des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e. V. (VPU) deutlich, die für die Universitätsklinika einen Anteil von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen von etwa 3 % konstatiert, von denen mit 2,1 % ein noch geringerer Anteil in der direkten Versorgung tätig ist. |⁹² Ebenso lassen Befragungen aus dem Bereich der ambulanten Dienste (Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen/Pflege-Thermometer 2016) sowie der teil-/vollstationären Einrichtungen (Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen/Pflege-Thermometer 2018) den Schluss zu, dass in diesen beiden Versorgungssektoren bislang nur sehr wenige hochschulisch ausgebildete Personen der Gesundheitsfachberufe vertreten sind.

Nach der im Juni 2019 veröffentlichten „Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in NRW (VAMOS)“ stellen aktuell noch die begrenzten Möglichkeiten, im Studium erworbene Qualifikationen und Kompetenzen praktisch einzusetzen, und die mangelnde Differenzierung hinsichtlich der Höhe der Vergütung in Abhängigkeit der Qualifizierung (hochschulisch vs. berufsfachschulisch) die größten Barrieren beim Berufseinstieg und dem langfristigen Verbleib in der patienten- und klientennahen Versorgung dar. Förderlich für die Berufseinmündung wirken sich hingegen erweiterte Erwerbstätigkeitsprofile aus, entweder mit besonderen patienten- und klientennahen Aufgaben, z. B. Beratung, klinische Expertise und Prozesssteuerung, oder mit patienten- und klientenfernen Aufgaben. |⁹³

Die Ergebnisse der HQG*plus*-Studie zeigen, dass i. d. R. bislang keine strukturelle Adaptation der Verantwortungsbereiche mit hochschulischer Qualifizierung erfolgt ist, der normative Rahmen nicht für die Gesundheitsfachberufe ausdifferenziert ist und es keine Entwicklung klinischer Karrierepfade gibt. |⁹⁴ Ausnahmen sind einige Universitätsklinika (z. B. Charité Berlin, Freiburg, Bonn, Essen und Hamburg-Eppendorf) sowie wenige andere ambitionierte Krankenhäuser (u. a. Asklepios Klinik Schaufling, Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart) der befragten Einrichtungen, die das Potenzial hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen für ihre Einrichtung erkannt und mit deren systematischer

|⁹² Vgl. Bergjan et al. 2021.

|⁹³ Vgl. Dieterich et al. 2019, S. 15.

|⁹⁴ Vgl. HQG*plus*-Studienbericht 2022.

Implementierung in der patienten- bzw. klientennahen Versorgung und der Erarbeitung spezifischer Konzepte begonnen haben. |⁹⁵

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland bedarf der Entwicklung eigener Handlungsfelder in der Versorgung für hochschulisch qualifizierte Angehörige der Gesundheitsfachberufe. Auch in spezialisierten Gebieten der Gesundheitsversorgung insbesondere für Menschen mit chronischen und kritischen Versorgungssituationen können Advanced Practice Nurses, Advanced Practice Midwives, Advanced Scope Practitioners und Advanced Physiotherapists erweiterte und vertiefte Aufgaben übernehmen. So steht bspw. die ambulante Versorgung insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen Deutschlands vor großen Herausforderungen. Dies gilt nicht nur für die hausärztliche Versorgung, sondern auch für andere versorgungsrelevante Fächer. |⁹⁶ Alle hochschulisch qualifizierten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe übernehmen häufig die Schnittstellenfunktion zwischen Klientinnen und Klienten, Ärztinnen und Ärzten sowie Versorgungseinrichtungen. Gleichzeitig werden diese erweiterten Kompetenzen nicht in den entsprechenden Stellenprofilen abgebildet, da sie in der Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen unberücksichtigt bleiben. So ist auch der Einsatz von Advanced Practice Nurses, Advanced Practice Midwives, Advanced Scope Practitioners und Advanced Physiotherapists für spezialisierte Versorgungsbedarfe insbesondere für Menschen mit chronischen und multiplen Erkrankungen in Deutschland noch nicht strukturell verankert. Lokale, multiprofessionell besetzte Primärversorgungszentren stellen ein Versorgungsmodell dar, das in anderen Ländern (Skandinavien, dem Vereinigten Königreich, den USA und in Kanada) bereits etabliert ist. Pflegerische, präventive, medizinische, psychosoziale und rehabilitative Leistungen werden hier gebündelt und zu einer integrativen Versorgung koordiniert. Sogenannte Community Health Nurses sind in diesen Zentren in einem definierten Handlungsfeld tätig und übernehmen oft zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktionen. |⁹⁷ Ihre Aufgaben hängen stark davon ab, in welchem Setting sie eingesetzt sind, welche medizinisch pflegerischen Bedarfslagen in der lokalen Bevölkerung vorherrschen, welche Klientengruppen die Versorgungseinrichtung nutzen, welche Interventionsstrategien vorrangig angewendet werden und welche Gesundheitsprobleme anzutreffen sind. Seit 2017 führt die Agnes-Karll-Gesellschaft in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung das Projekt „Community Health

|⁹⁵ Ergebnisse der Telefoninterviews repräsentativer Einrichtungen im Nachgang der Krankenhausbefragung der *HQGplus*-Studie, vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022.

|⁹⁶ Vgl. Wissenschaftsrat 2021, S. 28 f.

|⁹⁷ Vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung 2017; Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung 2018.

- 44 Nursing“ durch. |⁹⁸ Ziel ist die Qualifizierung und die Etablierung von Community Health Nursing als pflegerisches Berufsbild mit eigenen Handlungsfeldern in Deutschland.

|⁹⁸ Mit dem Programm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – fördert die Robert Bosch Stiftung seit 2017 die (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können. Vgl. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail>, zuletzt abgerufen am 24.07.2023.

B. Empfehlungen

Der demografische und epidemiologische Wandel mit der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen, Multimorbiditäten und Pflegebedürftigkeit zählt zweifelsohne zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen, denen Deutschland gegenübersteht. Ein vorsorgendes, krisenfestes und modernes Gesundheitssystem gehört daher auch zu den zentralen Zukunftsfeldern der Politik. |⁹⁹ Um das deutsche Gesundheitssystem zukunftsgerichtet aufzustellen, gilt es nicht nur medizinische und (bio)technologische Expertise zu nutzen, sondern insbesondere die Potenziale der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften zu erkennen und zu heben. Sinkende personelle Ressourcen sowie veränderte und steigende Versorgungsbedarfe machen es zwingend erforderlich, bestehende und neue Aufgaben besser zu steuern, neue Versorgungsformen zu entwickeln und zu implementieren, die Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen und zugleich die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe zu erhalten bzw. zu steigern. Alleine schon die Versorgungssicherheit in der Pflege zu gewährleisten, wird zunehmend zu einer Herausforderung. Dies zeigen einzelne Berichterstattungen der Länder, die auch wichtige Hinweise für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems geben. |¹⁰⁰ Deutlich wird, dass ein „Weiter so“ nicht geben darf.

Insofern ist folgerichtig dieses Politikfeld in den letzten Jahren von wichtigen Entscheidungen geprägt: Zur Verbesserung der Bedingungen in allen Bereichen der Pflege (für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und das Pflegepersonal) hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen. Hierzu zählen beispielsweise neben den Pflegestärkungsgesetzen, dem Sofortprogramm Pflege, der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen auch die Konzertierte Aktion Pflege mit der Ausbildungs-offensive Pflege. Im Frühjahr 2020 wurde das „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ einer Bund-Länder Arbeitsgruppe, an der die Wissenschaftsseite nicht beteiligt war, verabschiedet. Die

|⁹⁹ Vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP 2021.

|¹⁰⁰ Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2021a; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021; Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2021.

darin vereinbarten Eckpunkte dienen als Grundlage für eine Neuordnung und Stärkung der Gesundheitsfachberufe. Die Länder haben erhebliche Anstrengungen unternommen, um insbesondere die bundesgesetzlichen Vorgaben zur Vollakademisierung der Hebammen umzusetzen sowie dem neuen Pflegeberufegesetz entsprechend primärqualifizierend-duale Bachelor-Studiengänge einzurichten.

Jenseits dieser und anderer wichtiger Maßnahmen sieht der Wissenschaftsrat hinsichtlich der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften noch erheblichen weiteren Entwicklungsbedarf. Bereits 2012 wurden in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats die Chancen ausgeführt, die in einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe liegen. Bislang wird durch das Defizit in der Forschung nicht nur die notwendige Innovationskraft eingeschränkt, sondern auch die langfristige, stabile Sicherung der Versorgung von Kranken, Pflegebedürftigen sowie Schwangeren gefährdet (vgl. C.I). Um den Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegesystem begegnen zu können, müssen die Rahmenbedingungen für den Aufbau von Forschung einschließlich der Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen sowie für die Etablierung primärqualifizierend-dualer Studiengänge verbessert werden und letztlich mehr hochschulisch qualifiziertes Personal (Bachelor, Master und Promotion) für die Gesundheitsfachberufe ausgebildet werden.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Empfehlungen stehen daher die Potenziale, die dieses Feld mit Blick auf eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung haben kann. Dafür ist es notwendig, berufliche Zielpositionen für hochschulisch qualifizierte Gesundheitsfachpersonen zu entwickeln und dadurch Karrierewege in Versorgung und Wissenschaft aufzuzeigen, um die wissenschaftliche Disziplinenbildung zu unterstützen.

Zum anderen müssen die Rahmenbedingungen der Berufspraxis so gestaltet werden, dass nicht nur der Berufseinstieg gelingen kann, sondern auch nachhaltige Bleibeoptionen und attraktive Karrierewege in der Gesundheitsversorgung entstehen. Die Zuordnung spezifischer Aufgaben an die im Studium erworbenen Kompetenzen wird seit langem in unterschiedlichen Kreisen diskutiert, eine entsprechende Umsetzung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens erfolgt i. d. R. jedoch nicht. Tarifliche Möglichkeiten (TVöD) für eine adäquate Bezahlung werden selten angewandt oder ausgeschöpft. Der Qualifikationsmix, mit gezieltem Einbezug hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, wird erst in wenigen Versorgungseinrichtungen umgesetzt. Strategien zur Verstetigung des Qualifikationsmixes fehlen in der Regel. Durch die fehlende Etablierung von Karrierewegen in der Versorgung wird die Chance vertan, ein patienten- bzw. klientennahes Studium als eine attraktive Option für eine Generation von Schülerinnen und Schülern darzustellen, die zunehmend die Hochschulzugangs-

berechtigung am Ende der Schullaufbahn oder über eine berufliche Vorbildung erreicht.

Der Wissenschaftsrat legt seine Empfehlungen zu einem Zeitpunkt vor, an dem die öffentlichen Haushalte von Bund und Ländern akut und perspektivisch stark belastet sind und sich die Frage des Ressourceneinsatzes umso dringlicher stellt. Zu bedenken ist, dass die gesellschaftlichen Kosten bei Inaktivität mutmaßlich weiter steigen. Die nachfolgenden Empfehlungen und Anregungen bewegen sich daher im Spannungsfeld zwischen Versorgungsbedarfen, wissenschaftlichen Anforderungen und finanziellen Rahmenbedingungen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass schon die bestehenden Probleme dringend Lösungen fordern, um das deutsche Gesundheitssystem zeitnah hinreichend zukunftsgerichtet aufzustellen: Der Fachkräftemangel führt zu (Versorgungs-)Engpässen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung wie auch in der Versorgung mit Hebammenhilfe; Gesundheitschancen sind weiterhin ungleich verteilt. Die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht in ausreichendem Maße genutzt und die Versorgung nicht spezifisch auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet. Sollte es nicht gelingen, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, werden sich bestehende Probleme und Versorgungsengpässe weiter verschärfen. Neben einem generellen Fachkräftemangel sind hier exemplarisch zu nennen:

- _ die mangelnde pflegerische Versorgung kritischer Bereiche in Kliniken bis hin zu deren Schließung;
- _ erhöhte Zuweisungen aus Pflegeheimen in Notaufnahmen mit einer Übernutzung der Notfallambulanzen als Folge;
- _ die Unterversorgung mit Gesundheitsleistungen in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten.

Die hochschulische Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe kann einerseits zur Attraktivitätssteigerung der Berufe beitragen. Zum anderen ermöglicht die hochschulische Qualifizierung eine Umverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten und ermöglicht damit auch eine Entlastung anderer Berufe. So können z. B. Community Health Nurses Lücken in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen, aber auch in städtischen Regionen schließen helfen.

Erforderlich ist es daher aus Sicht des Wissenschaftsrats, den Aufbau der wissenschaftlichen Disziplinen sowie die Berufspraxis, insbesondere die Entwicklung von beruflichen Zielpositionen für patienten- bzw. klientennahe hochschulische Qualifizierung auf Bachelor-, Master- und Promotionsebene, rasch und zwischen Bildungs-/Hochschul-, Arbeits- und Gesundheitssektor abgestimmt zu befördern. Transparente Strukturen und klare berufliche Zielpositionen können dabei grundsätzlich die Attraktivität dieser Berufe steigern.

48 Nachvollziehbar ist, dass angesichts der beschriebenen Herausforderungen im Gesundheitssystem von der Politik eine breite Ausschöpfung der vorhandenen Möglichkeiten der Fachkräftequalifizierung und -sicherung gefordert wird. Der Wissenschaftsrat respektiert dabei das zentrale Anliegen insbesondere von Bund und Ländern, möglichst viele Ausbildungswege zu eröffnen und mit der berufsfachschulischen Ausbildung – neben der hochschulischen Qualifizierung – auch weiterhin Personen ohne Hochschulzugangsberechtigung den Zugang zu den Pflege- und Therapieberufen zu ermöglichen. Die weitere Entwicklung der Gesundheitsfachberufe, die sowohl einen hochschulischen als auch einen berufsfachschulischen Qualifizierungsweg vorsehen, sollte so gestaltet werden, dass sich möglichst Synergieeffekte zwischen den unterschiedlichen Qualifizierungsstufen erzielen lassen. Um dem Anspruch einer zukunftsgerichteten Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, muss daher auch die berufsfachschulische Ausbildung Zukunftsthemen aufgreifen und auf qualitativ hohem Niveau gestaltet werden. Dies gilt auch für die vielfältigen Möglichkeiten, die die zunehmende Digitalisierung in der Gesundheitsforschung und -versorgung mit sich bringt. Hierfür braucht man entsprechend ausgebildetes Personal, sprich eine stärkere Disziplinbildung und Forschung in den Pflege- und Therapiewissenschaften. Der Wissenschaftsrat als wissenschaftspolitisches Beratungsgremium kann im Rahmen seiner Zuständigkeit zur berufsfachschulischen Ausbildung nur vereinzelt Hinweise geben. Fragen der Ausbildungsgestaltung sind daher auch nicht Gegenstand der nachfolgenden Empfehlungen.

B.1 ZUR ENTWICKLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN DISZIPLINENBILDUNG

Die wissenschaftliche Disziplinbildung, d. h. die Entwicklung von Forschungsstrukturen und -strategien, die Ausbildung sowie die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen, die in der Folge auch als wissenschaftlich qualifiziertes Lehrpersonal wirken, steht in den Gesundheitsfachdisziplinen nach wie vor in Deutschland noch am Anfang. Dies wird insbesondere auch in der Selbsteinschätzung der Profession deutlich und von vielen als frustrierend empfunden. |¹⁰¹ Fachliche Differenzierung verläuft in wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlich und ist meist schwer nachvollziehbar. Ob sich eine Disziplin dauerhaft etablieren bzw. fortbestehen kann, hängt häufig davon ab, wie die „äußeren Faktoren innerhalb des Fachs ‚verarbeitet‘, in vorhandenes Wissen und theoretische und methodische Prämissen integriert werden und inwiefern es gelingt, zwischen unterschiedlichen zu lösenden

|¹⁰¹ Vgl. HQGplus-Studienbericht 2022, B.I.4 bis B.I.6.

Systemproblemen [...] zu vermitteln.“ |¹⁰² Wichtig für die Disziplinbildung sind insbesondere gemeinsame Forschungs- und Lehrgegenstände, Erkenntnisperspektiven sowie Methoden und Qualitätsstandards. In sozialer Hinsicht besteht eine wissenschaftliche Disziplin aus einer Gemeinschaft von Expertinnen und Experten, die ihre Forschung auf das Gebiet der Disziplin konzentrieren und deren disziplinspezifische Kommunikation über Publikationen, Fachtagungen und Fachzeitschriften erfolgt. |¹⁰³

Wesentlich motiviert/getrieben durch den Aufbau neuer, patienten- bzw. klientennaher Studiengänge als Reaktion auf die veränderten und gestiegenen Anforderungen in der Versorgung sehen sich die Gesundheitsfachdisziplinen in ihrer jeweiligen wissenschaftlichen Disziplinentwicklung vielfältigen Herausforderungen gegenüber. Hier zeigt sich, dass die Entwicklung neuer wissenschaftlicher Disziplinen voraussetzungsvoll ist und lange Zeiträume erfordert. Die nachfolgend genannten Probleme begründen dabei in ihrer Konstellation eine Sonderstellung der Gesundheitsfachdisziplinen, die sie von anderen kleinen Fächern und neuen Wissenschaftsgebieten (z. B. Gender Studies, Medizintechnik, KI) unterscheiden. |¹⁰⁴

Fachliche und strukturelle Verortung

– Anders als bei der Entwicklung neuer Disziplinen aus interdisziplinären Forschungskontexten heraus, können die Gesundheitsfachdisziplinen kaum auf bereits bestehende akademische Strukturen (der Ursprungsdisziplinen) zurückgreifen. Dies stellt insbesondere für den Aufbau wissenschaftlichen Personals und die Besetzung von Professuren ein Problem dar.

|¹⁰² Vgl. Schmidt 2006, S. 1679.

|¹⁰³ Vgl. Stichweh 2021, S. 434; Wissenschaftsrat 2020.

|¹⁰⁴ Vergleichbar von den Rahmenbedingungen ist lediglich die Entwicklung der Sozialen Arbeit, die jedoch kein positives Beispiel ist, bzw. zeigt, was passiert, wenn ein Fach auf „Bachelor-Niveau“ verharrt. (Vgl. Wissenschaftsrat 2020, S. 34).

- _ Als sog. „kleine Fächer“ |¹⁰⁵ ¹⁰⁶ ist die Entwicklung der jeweiligen Disziplinen bislang stark von dem Engagement einzelner Personen abhängig.
- _ Für die Gesundheitsfachdisziplinen existiert keine begründende Fachsystematik. Weder die Fächersystematiken des Statistischen Bundesamtes und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) noch die Systematik des Hochschulkompasses der HRK weist eine ausreichende Differenzierung auf. Dies wirkt sich aktuell nachteilig aus auf die organisatorische Verortung an den Hochschulen und die Auseinandersetzung um Ressourcen sowie auf die Forschungsförderung und hochschulpolitische Anerkennung.
- _ Der Aufbau der neuen patienten- bzw. klientennahen Studiengänge überwiegend an HAW/FH birgt sowohl strukturelle als auch kapazitive Probleme für die Entwicklung der jeweiligen Disziplinen (hohes Lehrdeputat lässt kaum Freiraum zur Beantragung und Durchführung von Forschung; kaum wissenschaftlicher Mittelbau; Strukturen für Forschungsadministration und Drittmittelverwaltung sind gering ausgebaut oder fehlen; Forschung ist oftmals auf die Aktivitäten einzelner Personen oder kleiner Forschergruppen beschränkt, wodurch sich kleinere Forschungsaufgaben und begrenzte Fragestellungen ergeben; Forschungsförderung ist häufig kleinteilig und periodisch angelegt; es bestehen kaum Ressourcen für die Entwicklung hochschulinterner Forschungsschwerpunkte oder hochschulübergreifender Forschungsverbünde). |¹⁰⁷

Forschungsmethoden und Qualitätsstandards

- _ Aufgrund der geringen Größe wie auch der fachkulturellen Eigenheiten mangelt es an einem geeigneten Referenzsystem für die Bewertung von (Forschungs-)Leistungen.

|¹⁰⁵ Die angewandte Pflegewissenschaft und die Hebammenwissenschaft werden von der Arbeitsstelle „Kleine Fächer“ als kleine Fächer kartiert. Für die Abgrenzung kleiner Fächer von großen und mittelgroßen Fächern wird ein quantitatives Kriterium herangezogen, welches sich auf die Zahl der Professuren je Standort bezieht. Diesem zufolge besitzt ein kleines Fach je Universitätsstandort nicht mehr als drei unbefristete Professuren, wobei es deutschlandweit bis zu zwei Ausnahmen geben darf. Relevant ist hierbei explizit die Institutionalisierung an Universitäten. Mit der Erweiterung der Kartierung im Juni 2021 werden Professuren an anderen Hochschultypen zwar erfasst, jedoch nicht hinsichtlich des quantitativen Kriteriums berücksichtigt.

|¹⁰⁶ Vgl. HQGplus-Studienbericht 2022, S.90: An den Hochschulen mit Studienangeboten, die zu einer patienten- bzw. klientennahen Tätigkeit qualifizieren, sind die entsprechenden Personaleinheiten in der Regel relativ klein, sodass die Gesundheitsfächer der Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaft nicht differenziert, sondern zusammengefasst erhoben wurden. Die antwortenden Hochschulen verfügten für alle Studienangebote der Gesundheitsfachberufe gemeinsam durchschnittlich über 6,0 Professuren in Vollzeiteneinheiten (VZÄ). Die Personalzahlen für jede einzelne Fachwissenschaft sind entsprechend deutlich geringer.

|¹⁰⁷ Zur Forschungsfähigkeit an HAW/FH siehe auch Wissenschaftsrat 2023, S. 31 f.

- _ Die Forschung erfolgt überwiegend als Feldforschung und erfordert häufig qualitative Methoden, was die Publikation in renommierten Fachjournals, die der klassischen Evidenzhierarchie folgen, erschwert. | ¹⁰⁸
- _ Die Zuweisung von leistungsorientierten Mitteln erfolgt oft nach schwer erreichbaren Erfolgskriterien für eine entstehende Disziplin (Drittmittelvolumen, Impact-Faktoren, Hirsch-Index etc.). | ¹⁰⁹
- _ Die Problemstellungen in der Versorgungspraxis (wie auch in der Forschung) sind zunehmend komplex und erfordern eine interprofessionelle (interdisziplinäre) Herangehensweise. Gleichzeitig mangelt es noch an eigenständigen Disziplinen als Grundlage interdisziplinären Arbeitens.

Anforderungen an die Studienangebote

- _ Die Entwicklung und Implementierung wissenschaftlich fundierter Studienkonzepte insbesondere für die primärqualifizierend-dualen Studiengänge sind aufwändig.
- _ Von der Struktur handelt es sich um „duale“ Studienangebote mit hohen Praxisanteilen, die Kooperationen mit Praxiseinrichtungen erfordern und deren Pflege und Akquise erhebliche Ressourcen bindet.
- _ Berufsrechtliche Rahmenbedingungen, die den berufsfachschulischen Ausbildungsweg reglementieren, sind auch im Rahmen der hochschulischen Qualifizierung zu berücksichtigen.
- _ Häufig sind die Studiengänge in übergreifenden Fachbereichen verortet und müssen sich hochschulintern gegenüber größeren und etablierteren Fächern/Disziplinen innerhalb des eigenen Fachbereichs behaupten (z. B. bei interner Mittelvergabe und Ressourcenzuweisung).

(Externe) Widerstände und Vorbehalte

- _ Gegenüber der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe bestehen Widerstände sowohl innerhalb der Fächer und eigenen Berufsgruppen als auch von

| ¹⁰⁸ Der Wissenschaftsrat hat sich bereits 2011 für einen breiten Leistungsbegriff bei der Bewertung von Forschungsleistungen ausgesprochen (vgl. Wissenschaftsrat 2011).

| ¹⁰⁹ Aus Sicht des Wissenschaftsrats sollen Bewertungen in der Wissenschaft auf Basis der publizierten Forschungsergebnisse und Erkenntnisse, nicht auf Basis des Publikationsortes bzw. davon abgeleiteter Indikatoren getroffen werden. Er unterstützt daher die in der San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA) formulierten Prinzipien. Vgl. Wissenschaftsrat 2011 und 2022a sowie die San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA) (URL: <https://sfdora.org/read/>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023).

außen. Abgrenzungs- und Behauptungsprobleme gibt es v. a. gegenüber der Medizin.

- _ Verbreitet existieren ein überholtes Rollenbild und Berufsverständnis (z. B. „Pfleger kann jeder“; „Pfleger mit Herz“; „Studierende Pfleger fehlen am Bett“; Reduktion auf die Verrichtung von Tätigkeiten wie „Waschen“ und „Füttern“).

Die Herausforderungen, vor denen die wissenschaftliche Disziplinenentwicklung in den Gesundheitsfachberufen steht, sind nicht neu und wurden im Wesentlichen bereits in dem Papier des damaligen Gesundheitsforschungsrats analysiert und dargestellt. |¹¹⁰ Seither hat sich die Situation, ungeachtet der Entwicklung der Studiengänge, nicht nennenswert verändert. Aus eigener Kraft und im Wettbewerb mit anderen Fächern wird die notwendige Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplinen kaum zu leisten sein; zumindest nicht in einem absehbaren Zeitraum und in einem Maße, das den steigenden Anforderungen in der Versorgung, der wissenschaftsgetriebenen Weiterentwicklung und dem notwendigen Transfer in die Praxis gerecht wird. Will man diese Entwicklung beschleunigen, dann ist dafür eine gezielte Förderung notwendig, die auch die Besonderheiten der Fächerkulturen anerkennt und eine gewisse Risikobereitschaft bei der Förderung neu entstehender Forschungsgebiete zeigt. Entscheidend ist zudem der politische Wille, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich diese Fächer als wissenschaftliche Disziplinen schneller etablieren können.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die Disziplinenentwicklung zu beschleunigen und durch gezielte Maßnahmen zu unterstützen: **Bereits bestehende Instrumente und Maßnahmen** der Förderung von Forschung sowie von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen sollten genutzt und erweitert werden (**siehe B.I.1**). Er knüpft hier an die Empfehlungen aus dem Jahr 2012 sowie die Empfehlungen des damaligen Gesundheitsforschungsrats aus dem Jahr 2012 an. In Anbetracht der gesellschaftlichen Relevanz und der Dringlichkeit der Herausforderungen des Gesundheitssystems / der Versorgungsproblematik sieht der Wissenschaftsrat darüber hinaus besonderen Förderbedarf, um **tragfähige Strukturen** insbesondere für die Forschung zu schaffen und hier auch neue Wege zu beschreiten. Auch wenn durch das große Engagement Einzelner an verschiedenen Hochschulen Beachtliches aufgebaut wurde, so wird der notwendige Aufbau von Forschung und die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen durch einzelne Hochschulen mit meist nur wenigen Professuren schwer zu leisten sein. Ebenso wenig wird ein Nebeneinander einzelner Instrumente und Maßnahmen ausreichen, um die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplinen entscheidend voranzubringen. Es bedarf daher verlässlicher und dauerhaft tragfähiger Strukturen für den Aufbau

|¹¹⁰ Vgl. Ewers et al. 2012.

genuiner Forschungsaktivitäten, innovativer Lehre und für die Ausbildung/Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen. Als strukturbildende Maßnahme wird daher die **Schaffung/Förderung von Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung** empfohlen. Unabhängig davon wird eine stärkere **institutionelle Verortung der Gesundheitsfachberufe auch an den Universitäten** empfohlen (siehe B.I.2). Der Ausbau der Forschung und die Ausbildung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen sind dabei wesentliche Voraussetzungen, um das **Studienangebot zu konsolidieren und weiter auszubauen** (siehe B.I.3). Zudem stellt die Digitalisierung als große gesellschaftliche Transformationsaufgabe auch für die hochschulische Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe ein wichtiges Querschnittsthema dar (siehe B.I.4).

I.1 Förderung von Forschung und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen

Die Entwicklung von Forschung, Methoden- und Qualitätsstandards sowie das Generieren von eigenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen sind wichtige Bestandteile der Disziplinenbildung. Diese gilt es, an den Universitäten und HAW/FH künftig zu konsolidieren und auszubauen. Im Sinne der Verbesserung der Versorgung stellt auch der Transfer wissenschaftlicher Ergebnisse in die Praxis wie auch die Übertragung praktischer Fragen und Probleme in wissenschaftliche Fragestellungen ein wesentliches Ziel der wissenschaftlichen Disziplinenentwicklung in den Gesundheitsfachberufen dar. Dass die Digitalisierung in der Gesundheitsforschung und in der Transformation der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle einnimmt, ist Konsens. Insofern empfiehlt der Wissenschaftsrat, dies in der Forschung (Thematik und Methodik) sowie in der Ausbildung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen entsprechend zu berücksichtigen. |¹¹¹

Bislang existieren nur wenige spezifische Forschungsförderprogramme und auch kein gezieltes Programm, das längerfristig den Aufbau der Forschung in den betrachteten Disziplinen vorangebracht hätte. Wichtiger als punktuelle Programme / isolierte Forschungs(förder)programme erachtet der Wissenschaftsrat jedoch **längerfristige und nachhaltige Förderungen und eine verlässliche Finanzierung von Forschung in diesen Disziplinen**. Andernfalls wird kein ernsthafter Aufbau wissenschaftlicher Disziplinen möglich sein. Im Sinne von Anschubfinanzierungen sollten gezielte Ausschreibungen zu Themen erfolgen, in denen erhebliche Forschungs- und Versorgungslücken (Versorgungsbereiche, Lebensphasen, Gefährdungslagen, Gesundheitserhaltung) bestehen und an denen ausgewiesene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Gesundheitsfach-

|¹¹¹ Vgl. Wissenschaftsrat 2022b.

54 disziplinen in entscheidenden Positionen zu beteiligen sind. Notwendig ist hier, das gesamte Spektrum von Grundlagenforschung, klinischer Forschung, Versorgungsforschung sowie Public Health-Forschung auszuschöpfen.

Weiterhin bedarf es einer ausreichenden Finanzierung von Stellen für wissenschaftliches Personal sowie für **Maßnahmen zur Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen und der wissenschaftlichen Karrierewege**. Ein sinnvolles Instrument könnten Forschungsgruppen für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen sein, um Forschungsstrukturen aufzubauen und geeignete Kandidatinnen und Kandidaten für eine Professur zu qualifizieren. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen sollten mentoriert und gefördert werden. Auch hierfür bedarf es der Einrichtung entsprechender Programme an HAW/FH und Universitäten (z. B. Fellowships an einschlägigen Fakultäten).

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollten es als ihre Aufgabe verstehen, konkrete Forschungsthemen und Forschungsschwerpunkte im Sinne einer **Forschungsagenda** zu definieren bzw. bereits existierende Agenden wie in der Pflegeforschung aufzugreifen und weiter zu entwickeln. |¹¹² Das Potenzial der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften für Forschung, Innovation und Transfer sollte zudem in Gremien, die sich strategisch mit der Forschungsförderung in Deutschland auseinandersetzen, wie dem Forum Gesundheitsforschung, dem G-BA mit Blick auf den Innovationsfond und der Deutschen Forschungsgemeinschaft, stärker berücksichtigt werden. Der Wissenschaftsrat begrüßt in diesem Zusammenhang, dass die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart hat, der Pflege und anderen Gesundheitsfachberufen weitere Mitsprachemöglichkeiten im G-BA einzuräumen. |¹¹³

Besonderen Förderungsbedarf sieht der Wissenschaftsrat für die HAW/FH, die bislang im Wesentlichen den Akademisierungsprozess in vielen (kleineren) Einheiten tragen und vorantreiben, zugleich aber durch den Aufbau der neuen Studiengänge und die Lehre bereits stark beansprucht sind. Beschränkte Promotivmöglichkeiten und eine häufig unzureichende finanzielle Ausstattung erschweren zudem den Ausbau und die Profilbildung in der zugrundeliegenden

| 112 In der Pflege wurde 2012 erstmals eine Pflegeforschungsagenda für Deutschland vorgelegt. Diese wurde von einer Redaktionsgruppe, bestehend aus den Sprechern der von 2004–2011 vom BMBF geförderten Pflegeforschungsverbände der Universität Halle-Wittenberg, der Universität Bremen und der Universität Bielefeld, der Sprecherin des DZNE/Universität Witten-Herdecke sowie der Vorsitzenden der Deutschen Pflegewissenschaft erarbeitet (vgl. URL: https://blogs.uni-bielefeld.de/blog/gesnews/resource/agenda_pflege.pdf, zuletzt abgerufen am 25.07.2023). Eine spezifische Forschungsagenda für die onkologische Pflege wurde 2022 veröffentlicht (vgl. Zilezinski, Ritter-Herschbach, Jahn 2022).

| 113 Vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP 2021, S. 20.

Forschung sowie die Qualifizierung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen. Problematisch ist weiterhin, dass immer noch wissenschaftlich interessierte Absolventinnen und Absolventen aufgrund mangelnder Förderprogramme für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen in ihren angestammten Disziplinen Promotionen in Bezugswissenschaften suchen (z. B. in der Medizin, den Gesundheitswissenschaften/Public Health, den Sozial- und Erziehungswissenschaften). | ¹¹⁴

Künftig gilt es, bereits bestehende Instrumente der Personalgewinnung und -entwicklung, wie sie der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen 2016 den Fachhochschulen empfohlen hat, gezielt zu nutzen | ¹¹⁵ und dem forschungsaktiven Personal an den HAW/FH die notwendigen Ressourcen und Spielräume zu verschaffen. | ¹¹⁶ Hervorzuheben sind hier Forschungsprofessuren (wie sie z. B. in Brandenburg implementiert sind) sowie Schwerpunktprofessuren, die es diesem Kreis von Professorinnen und Professoren erlauben, Aufgabenschwerpunkte z. B. in der Forschung oder in der Lehre zu übernehmen und dafür eine befristete Zeit lang ein niedrigeres Lehrdeputat zu erhalten. Aber auch die Einrichtung von Tandem-Programmen und Kooperationsplattformen bietet sich an. Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass Bund und Länder die Empfehlungen zu diesen Instrumenten bereits aufgegriffen haben und mit „FH-Personal“ ein gemeinsames Programm zur Förderung der Gewinnung und Qualifizierung professoralen Personals an HAW/FH aufgesetzt haben. Dieses ging im Februar 2022 in die zweite Förderphase. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, dieses Förderprogramm um eine gesonderte Förderlinie zu erweitern, die auf die Spezifika der Gesundheitsfachberufe bzw. den Ausbau der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften an HAW/FH ausgerichtet ist, um der disziplinären Entwicklung und Verankerung die gegenwärtig dringend erforderliche Unterstützung zu verschaffen.

Inzwischen wurden in den Ländern auch verschiedene Modelle der Institutionalisierung sowie Fördermaßnahmen für die Einbindung von Fachhochschul-Professorinnen und -Professoren in Promotionsverfahren entwickelt. | ¹¹⁷ Hierzu

| ¹¹⁴ Strukturierte (kostenpflichtige) Promotionsprogramme bestehen (Stand März 2022) z. B. für die Pflegewissenschaft nur an zwei Universitäten, wobei an einer die entsprechende Fakultät geschlossen wird.

| ¹¹⁵ Vgl. Wissenschaftsrat 2016c.

| ¹¹⁶ In seinem Positionspapier zu Strukturen der Forschungsfinanzierung an deutschen Hochschulen empfiehlt der Wissenschaftsrat zum einen, der den gewachsenen Ansprüchen in der Leistungsdimension Forschung an HAW/FH in der Grundfinanzierung Rechnung zu tragen. Zum anderen sieht er in speziellen Förderprogrammen und dem verbesserten Zugang zu bestehender Forschungsförderung ein großes Potenzial (vgl. Wissenschaftsrat 2023).

| ¹¹⁷ In Hessen und Sachsen-Anhalt besteht zudem ein Promotionsrecht für HAW/FH und zwar in Gestalt von fachlichen oder thematischen Promotionszentren an HAW. Das neue Berliner Hochschulgesetz sieht ebenfalls ein Promotionsrecht für forschungsstarke HAW vor.

56 zählen gemeinsame Graduiertenkollegs von Universitäten und HAW/FH (Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen), Fördermaßnahmen für kooperative Individualpromotionen an HAW/FH, Kooperationsplattformen oder Verbünde für gemeinsame Promotionen (Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) sowie die Möglichkeit zur Kooptation/Assoziation von Fachhochschul-Professorinnen und -Professoren an Universitäten (Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen). Zudem haben mehrere Länder (Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt) einzelnen oder hochschulübergreifend mehreren HAW/FH für forschungsstarke Bereiche ein eigenständiges Promotionsrecht verliehen. Drei weitere Länder (Berlin, Hamburg und Rheinland-Pfalz) haben mit gleichem Ziel hochschulrechtliche Änderungen vorgenommen oder eingeleitet; weitere Länder prüfen derzeit die Voraussetzungen dafür. |¹¹⁸

Der Wissenschaftsrat regt an zu prüfen, inwiefern die bereits bestehenden rechtlichen Möglichkeiten und Modelle geeignete Anknüpfungsmöglichkeiten bieten und für die weitere wissenschaftliche Disziplinenentwicklung genutzt werden können.

1.2 Institutionelle Strukturen

Disziplinenentwicklung an HAW/FH und Universitäten

Um eine Disziplinenentwicklung voranzutreiben, müssen an HAW/FH und Universitäten disziplinäre Strukturen ausgebaut und strukturiert werden. Bislang sind die hier betrachteten Gesundheitsstudiengänge innerhalb der Hochschulen strukturell größtenteils nicht in eigenen Fachbereichen oder Fakultäten organisiert. |¹¹⁹ Diese Strukturen sollten dann genutzt werden, um die Disziplinenbildung zu beschleunigen. Hierzu gehört auch, dass Fakultäten/Departments und Fachbereiche nationale Treffen als **Fakultätentage** oder **Fachbereichstage** organisieren, um einen regelmäßigen Austausch zu gewährleisten. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Disziplinen, sich aufbauend auf den bereits bestehenden Zusammenschlüssen (Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, Fachbereichstag Gesundheitswissenschaften, Fachbereichstag Therapiewissenschaften, Hebammenwissenschaftlicher Fachbereichstag) Hochschultyp übergreifend zu organisieren, um die wissenschaftlichen Disziplinen an HAW/FH und Universitäten gemeinsam zu entwickeln. In der Phase des weiteren Aufbaus der Disziplinen könnten auch (nicht wissenschaftlich ausgerichtete) Fachgemeinschaften berücksichtigt werden, um die wesentlichen Akteure zusammen zu bringen.

|¹¹⁸ Derzeit begutachtet der Wissenschaftsrat im Auftrag des Landes Hamburg ein fachrichtungsgebundenes Promotionsrecht für die HAW Hamburg; zudem befasst er sich im Rahmen eines Positionspapiers grundsätzlicher mit Ausgestaltung, Strukturierung und Verfahren der Promotionsphase.

|¹¹⁹ Vgl. HQGplus-Studienbericht 2022, S. 18.

Bislang wird der Großteil der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe von öffentlichen und privaten HAW/FH geleistet und zwar von vielen (meist kleineren) Einheiten, die im Rahmen der Studiengänge wichtige Kooperationen und Partnerschaften mit Praxiseinrichtungen vornehmlich in ihrer Sitzregion aufgebaut haben. Diese Strukturvorteile der HAW/FH gilt es auch zukünftig zu nutzen und weiter auszubauen. Allerdings wird die jeweilige wissenschaftliche Disziplinbildung in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften nicht ohne eine Bündelung der Kräfte, auch unter Beteiligung der Universitäten, gelingen können.

Aus Sicht des Wissenschaftsrats sollten die Universitäten sich an dem Aufbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge stärker beteiligen und so die Einbettung in ein breites fachliches Spektrum fördern. Bezugsdisziplinen aus der Biomedizin und den Naturwissenschaften, den Sozial- und Erziehungswissenschaften, der Sportwissenschaft und der Psychologie sollten zukünftig genutzt werden, um eine gemeinsame gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung in der Forschung zu schaffen. Aufgrund ihrer forschungsnahen Versorgungsumgebung und ihrem Zugang zur Patientenversorgung hält der Wissenschaftsrat eine **Beteiligung der Universitätsmedizin am Prozess der Akademisierung** von Gesundheitsfachberufen für zielführend. |¹²⁰

Die Anforderungen einer stark arbeitsteilig organisierten Gesundheitsversorgung und von künftig verstärkt multiprofessionell getragenen Versorgungsprozessen macht eine interprofessionelle Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen der Gesundheitsfachberufe notwendig. |¹²¹ Diese Interprofessionalität setzt eine enge Vernetzung unterschiedlicher Bildungseinrichtungen einschließlich der Hochschulmedizin voraus. Für eine nachhaltige Akademisierung erachtet der Wissenschaftsrat daher in einer kurz- bis mittelfristigen Perspektive eine **institutionelle Verankerung der Gesundheitsfachberufe bzw. der entsprechenden wissenschaftlichen Disziplinen auch in der Universität/Universitätsmedizin** in der notwendigen Eigenständigkeit für sinnvoll: Dadurch kann die Entwicklung eigener und kollaborativer patientenorientierter Forschung, gemeinsamer Translation z. B. aus Pflege und Medizin (z. B. integrierte Versorgungsmodelle) und die forschungsbasierte Aus- und Weiterbildung von Expertinnen und Experten der Gesundheitsfachberufe bzw. von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen befördert werden. Sektoren- und disziplinenübergreifend konzipierte Programme für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen und Förderformate sollten aufgebaut werden (z. B. **disziplinenübergreifend ausgerichtete**

|¹²⁰ Vgl. Wissenschaftsrat 2021.

|¹²¹ Vgl. Wissenschaftsrat 2012.

58 **Clinician Scientist Programme**). Hierdurch könnten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen in der klinischen Pflegewissenschaft, in den klinischen Therapiewissenschaften oder in der klinischen Hebammenwissenschaft ausgebildet werden. Die hierfür erforderliche Vernetzung in den ambulanten Sektor wäre auch für die Universitätsmedizin attraktiv. |¹²²

Bezugnehmend auf seine Empfehlungen zur interprofessionellen Vernetzung der Qualifizierungswege empfiehlt der Wissenschaftsrat im Sinne eines integrativen Modells, wo möglich die entsprechende Medizinische Fakultät in ihrer Organisation um ein **Department für diese Disziplinen zu ergänzen**, das über eine funktionale und inhaltliche Eigenständigkeit gegenüber den genuin medizinischen Departments und Instituten verfügt. |¹²³ Vergleichbar der Medizin sollte ein Department für diese Disziplinen nicht nur Verantwortung für Studium und Lehre sowie Forschung, sondern auch Verantwortung für Versorgungsbereiche und z. B. das zugehörige Personal besitzen.

Bereits in seinen 2021 verabschiedeten „Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem“ hat der Wissenschaftsrat die Universitätsmedizin aufgefordert, die Wissenschaftsentwicklung und professionelle Differenzierung der Gesundheitsfachberufe stärker als eigene Aufgabe wahrzunehmen und ihr Engagement in diesem Bereich auszuweiten. Darüber hinaus sollte die Universitätsmedizin ein eigenes Interesse haben, hochschulisch qualifizierte Angehörige der Gesundheitsfachberufe in die Entwicklung, Implementierung und das Management von Innovationen für die Versorgung als Bestandteil einer „vierten Säule“ |¹²⁴ zu integrieren.

Auf Hochschulebene sollten die Einrichtung von klinischen Professuren der Gesundheitsfachberufe, sowohl an HAW/FH als auch an Universitäten/Universitätsmedizin, weiter erprobt und in die Umsetzung gebracht werden. Hier bieten sich beispielsweise zunächst die Standorte an, die bereits über ein akademisch ausgerichtetes Krankenhaus verfügen, wie dies Universitätsklinika sind. Der Wissenschaftsrat regt weiterhin an, die Möglichkeit der Einrichtung von **klinischen Professuren der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften** mit direktem Zugang zur klinischen Versorgung auch an anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu prüfen. Gerade an HAW/FH bestehen vielfältige Kooperationen mit Praxiseinrichtungen. Dabei muss der Fokus der Professuren auf Forschung und Lehre liegen. Das Ziel sollte keine flächendeckende Institutionalisierung sein, sondern der Aufbau von miteinander vernetzten Kompe-

|¹²² Vgl. Wissenschaftsrat 2021.

|¹²³ Vgl. Wissenschaftsrat 2012.

|¹²⁴ Die vierte Säule umfasst systemrelevante Koordinations- und Innovationsaufgaben an der Schnittstelle zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem und ergänzt die klassische universitätsmedizinische Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Vgl. Wissenschaftsrat 2021.

tenzzentren, beispielsweise für klinische Pflegewissenschaft an Standorten, die bereits dahingehende Profilbildungsprozesse angestoßen haben bzw. entsprechende Schwerpunkte in Forschung und Lehre aufweisen. Derartige Joint Appointments können als Brückenschlag zwischen Forschung und Versorgungspraxis wirken. Bislang ist es in diesen Fächern nur sehr selten gelungen, mit einer Professur auch gleichzeitig eine Anstellung in einer darauf spezialisierten Praxis-einrichtung zu verbinden wie dies für klinische Professuren in der Medizin die Regel ist. Mit Blick auf den Schwerpunkt dieser Berufe im ambulanten Versorgungsbereich könnte daher eine Orientierung an dem Modell einer allgemeinmedizinischen Professur, die gleichzeitig die Tätigkeit in ambulanter Praxiseinrichtung ermöglicht, eine Alternative darstellen. In solchen Joint Appointments / klinischen Professuren muss allerdings sichergestellt werden, dass neben Lehre und Versorgungspraxis auch hinreichend Freiräume für Forschungsaufgaben bestehen.

Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung

Um vorhandene Expertise zusammenzuführen und gezielt zu stärken und zu fördern, empfiehlt der Wissenschaftsrat als wesentliche strukturbildende Maßnahme die Einrichtung und Förderung von Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung. Forschungsstarke, HAW/FH sollten hier ebenso beteiligt sein wie Universitäten.

Diese Zentren sollten bundeslandbezogen durch Kooperation von Hochschulen mit pflege-, hebammen- und therapiewissenschaftlichen Studiengängen eingerichtet werden. Dies erfordert die Abstimmung von Regularien zwischen den beteiligten Hochschulen. Die Leitung des jeweiligen Zentrums sollte in der Hand einer im Bereich der Pflege-, Therapie- oder Hebammenwissenschaften führenden Hochschule (HAW/FH oder Universität) liegen. Denkbar wäre auch eine gemeinsame Leitung einer führenden HAW/FH und einer Universität. Alle beteiligten Hochschulen sollten durch transparente Organisationsstrukturen angemessen in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Insbesondere bei kleineren Bundesländern kann der Anschluss an ein Zentrum des Nachbarlandes geprüft werden.

Diese Zentren dienen der Disziplinenentwicklung. Dazu gehört, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen sowie die Forschung in den beteiligten Fächern zu fördern, Transfer/Translation, also auch die Implementierung von Innovationen in die Versorgung, zu erforschen und zu befördern sowie das vorhandene Studienangebot zu stärken bzw. zu komplettieren (auch durch patienten- bzw. klientennahe Masterstudiengänge). Dafür müssen sie in einem ersten Schritt die hochschulische Entwicklung der Gesundheitsfachberufe im jeweiligen Bundesland strukturieren, einen zentralen Überblick über Studiengänge, deren Auslastung, die Notwendigkeit von weiteren Studiengängen und

60 Anregungen zu gemeinsamen Studiengängen bekommen, ferner Vorgaben zur Promotionsstruktur entwickeln und den Transfer und die Anwendungsorientierung über einzelne Hochschulen hinaus initiieren und fördern. Synergieeffekte ließen sich erzielen – und mit den Vorzügen des interprofessionellen Lernens kombinieren – wenn an den einzelnen Hochschulstandorten mehrere Studiengänge für Gesundheitsfachberufe angesiedelt würden oder bereits vorhanden sind. Die Zentren sollten nicht als rein virtuelles Netzwerk angelegt sein, sondern insbesondere die für die Aufgaben notwendigen Infrastrukturen (z. B. zentralisierte Skills Labs oder Dateninfrastrukturen usw.) sollten an dafür geeigneten Standorten auf- und ausgebaut werden. Ihr Ziel ist die Stärkung und Weiterentwicklung der einzelnen Hochschulen im Feld der Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften durch gegenseitige Kooperation und Unterstützung, ferner durch Zentralisierung von kostenintensiven Infrastrukturen. Unterstützt werden müssen diese Zentren durch eine Geschäftsführung und ein Sekretariat. Die räumliche Infrastruktur (Büro) sollte von der HAW/FH oder Universität bereitgestellt werden, die Teil der Leitung des Zentrums ist. Dies betrifft auch die Nutzung von Seminarräumen und Hörsälen für hochschulübergreifende Veranstaltungen des Zentrums.

Die Wahl der Organisationsform sollte den beteiligten Hochschulen überlassen werden (z. B. zentrale wissenschaftliche Einrichtung als unselbständige Einheit der Hochschule; Fakultäts-/Fachbereichsstruktur; Gesundheitscampus |¹²⁵; Verein, dessen Mitglieder die beteiligten wissenschaftlichen Einrichtungen sind).

Zusammenfassend verfolgen diese Zentren folgende Ziele:

- _ **strukturelle Vorschläge zur Einrichtung von Professuren** mit verschiedenen Aufgaben- und Forschungsbereichen, insbesondere auch die Entwicklung klinischer Professuren in den Gesundheitsfachberufen;
- _ **Anregung und Anstoß von Maßnahmen zum Auf- und Ausbau von Forschung** in den Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften zu den drängenden Fragen der Zukunft der Gesundheitsversorgung;
- _ **Vernetzung der beteiligten Hochschulen** zur Ausbildung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen sowie zur Entwicklung von Karrierewegen:
 - _ **Aufbau strukturierter Promotionsprogramme** in erster Linie für Promovierende der an den Zentren beteiligten Hochschulen und

|¹²⁵ Vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 92f.

- _ Aufbau sektoren- und disziplinenübergreifend konzipierter Programme für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen (insbesondere Postdoc-Programme) und Förderformate;
- _ **Vernetzung der Zentren bundesweit** zur Abstimmung der Aufgaben der verschiedenen Zentren und Harmonisierung, für die Etablierung von Verbundforschung und die Erhöhung der internationalen Sichtbarkeit.

Des Weiteren tragen die Zentren bei zur:

- _ Entwicklung und Förderung der Interprofessionalität in Lehre, Studium, Forschung und Versorgung;
- _ Transparenz hinsichtlich Angebot und Konzeption von Bachelor- und insbesondere darauf aufbauenden spezialisierten Masterstudiengängen für die Wahrnehmung patienten- bzw. klientennaher Aufgaben oder für wissenschaftliche Karrieren;
- _ Koordinierung, Beratung, Steuerung und Qualitätssicherung von Aufgaben in den Bereichen Studiengangsentwicklung (primärqualifizierend-duale Studienangebote), Praxisphasen, Prüfungswesen und Kooperation mit externen Partnern (Auf- und Ausbau eines Netzes mit Praxispartnern sowie ggf. Auf- und Ausbau von Forschungs- bzw. Hochschulambulanzen);
- _ Etablierung von Prozessen, um Transfer/Translation von Forschungserkenntnissen in die Praxis und Innovationen für die Gesundheitsversorgung der Zukunft in die Umsetzung zu bringen; z. B. durch den Aufbau von Hochschulambulanzen;
- _ Beratung von Praxiseinrichtungen bei der Konzepterstellung für die Berufseinstimmung und den Einsatz hochschulisch Qualifizierter sowie die Entwicklung entsprechender beruflicher Zielpositionen:
 - _ Die vereinzelt vorhandenen Initiativen von Praxiseinrichtungen, innovative Ansätze für den patienten- bzw. klientennahen Einsatz hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen zu erproben, müssen zunächst einmal in den wissenschaftlichen Disziplinen diskutiert und breit zur Kenntnis gebracht werden, damit sie von anderen Einrichtungen übernommen werden können. Ziel muss sein, den Berufseinstieg für hochschulisch qualifizierte Gesundheitsfachpersonen transparenter und attraktiver zu gestalten.
 - _ Geeignete Instrumente zur Evaluation der Wirkung, der Strukturen und Prozesse bei der Implementierung hochschulisch Qualifizierter sollten entwickelt und angewandt werden, um eine stetige Überprüfung und Weiterentwicklung zu ermöglichen.

62 Wie oben ausgeführt, ist eine angemessene Finanzierung der Zentren – unabhängig von Drittmittel-Einwerbungen – mit Dauerstellen und verlässlichen Strukturen notwendig.

I.3 Konsolidierung und Weiterentwicklung des Studienangebots

I.3.a Bachelorstudiengänge

Der Handlungsbedarf angesichts einer steigenden Nachfrage an Versorgungsleistungen, zunehmend komplexeren Versorgungsbedarfen und gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel wird immer dringlicher. Insofern appelliert der Wissenschaftsrat an den Bund und die Länder, die Rahmenbedingungen attraktiver zu gestalten, um die bereits bestehenden Studiengänge besser auszulasten, sowie den Ausbau der Studienangebote in dem für sie leistbaren Rahmen möglichst rasch weiter voranzutreiben.

Der Wissenschaftsrat würdigt ausdrücklich, dass Hochschulen und Länder bereits zum Teil große Anstrengungen unternommen haben, um neue Studiengänge einzurichten und aufzubauen. Dies gilt vor allem für die Hebammen, deren Qualifizierung mit dem neuen Hebammengesetz inzwischen vollständig akademisiert wurde. Hier konnte der Ausbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge entscheidend vorangetrieben werden. Dagegen verläuft der Akademisierungsprozess in den Pflege- und Therapieberufen aufgrund der Herausforderungen durch ungünstige rechtliche, strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen (vgl. A.III.1) deutlich langsamer. Angesichts der geringen Studierendenzahlen in den primärqualifizierend-dualen und ausbildungsintegrierenden dualen Bachelorstudiengängen in der Pflege, werden die wenigen Absolventinnen und Absolventen auch in naher Zukunft voraussichtlich einen lediglich geringen Einfluss auf die Versorgung, stationär und ambulant, nehmen können. In den Therapieberufen stagniert bei insgesamt höheren Akademisierungsquoten die Zahl der Studiengänge.

Die mittlerweile sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Entwicklungen in den Pflege- und Therapieberufen sowie die vollständige Akademisierung des Hebammenberufs erfordern fächerspezifisch ausdifferenzierte Betrachtungen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Studienangebote. Für alle drei Fachgebiete gleichermaßen bekräftigt der Wissenschaftsrat allerdings seine **Empfehlung** aus dem Jahr 2012, die Bachelor-Studiengänge **primärqualifizierend-dual** zu gestalten: Im Unterschied zu ausbildungsintegrierenden dualen Studiengängen liegt in den primärqualifizierend-dualen Studiengängen die Gesamtverantwortung für Konzeption, Durchführung und Qualitätssicherung – einschließlich der berufspraktischen Studienanteile – allein bei der den Abschlussgrad verleihenden Hochschule. Die gesetzlich zugewiesene Zuständigkeit der Hochschule schafft eine entscheidende Voraussetzung für die Verzahnung

der theoretischen und berufspraktischen Studienanteile: Sie stärkt die für ein-wissenschaftsbasiertes Studium notwendige wissenschaftliche Kompetenzvermittlung. Hierzu zählen auch die wissenschaftliche Qualifikation des Lehrpersonals |¹²⁶ und die Homogenität der Lerngruppen, die die wissenschaftliche Sozialisation der Studierenden befördern. Das primärqualifizierend-duale Studienformat erfordert eine enge curriculare Verknüpfung der Lernorte. Flankierende Elemente dabei sind die Praxisbegleitung, die durch die Hochschule erfolgt, sowie die Praxisanleitung während der Praxiseinsätze (vgl. C.IV zum Studienformat primärqualifizierend-dual). Praktische Lehrveranstaltungen nehmen eine zentrale Bedeutung ein. Für die Vermittlung praxisbezogener Kompetenzen kooperiert die Hochschule unmittelbar mit professionsrelevanten Praxis-einrichtungen (Krankenhäuser, Praxen, Gesundheitszentren, Geburtshäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen etc.) und schließt hierzu vertragliche Regelungen. Zudem erfolgen praktische Lehrveranstaltungen auch an den Hochschulen selbst, z. B. in Skills Labs.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Wissenschaftsrat, dass die in jüngerer Zeit reformierten Berufsgesetze für die Pflege und Hebammen regelhaft ein primärqualifizierend-duales Studium vorsehen (§ 37 Pflegeberufegesetz; § 11 (2) Hebammengesetz). Wie die *HQGplus*-Studie deutlich zeigt, zählen zu den wesentlichen Gelingensbedingungen für die Einführung bzw. Etablierung primärqualifizierend-dualer Studiengänge deren rechtliche und finanzielle Absicherung (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, B.I.4). Für die Therapieberufe (Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie) steht eine entsprechende gesetzliche Regelung hingegen noch aus. Für die Studienangebote der Pflege-, Hebammen und Therapiewissenschaften gleichermaßen, empfiehlt der Wissenschaftsrat, die wissenschaftliche Qualifizierung zu stärken. Hierzu könnten beispielsweise die Vorgaben für die berufspraktischen Anteile in einem festgelegten Rahmen flexibel (unter Maßgabe der EU-rechtlich geltenden Mindestanforderungen) gestaltet werden, so dass mehr Anteile auch direkt von den Hochschulen im Rahmen von Skills Labs oder mit geeigneten Partnern angeboten werden können. Die Wissenschaftlichkeit der praktischen Studiumsanteile könnte auch durch klinisch tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bzw. durch Professuren, die auch in der klinischen Praxis tätig sind (vgl. Joint Appointments) sowie durch bedarfsge-rechte Regelung der hochschulischen Praxisbegleitung gestärkt werden.

| ¹²⁶ Das Lehrpersonal mit Hochschulabschluss macht an berufsbildenden Schulen derzeit einen vergleichsweise geringen Anteil aus. § 9 Abs. 1 des 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetzes verlangt für Lehrkräfte an Pflegeschulen eine abgeschlossene pädagogische Hochschulausbildung – mit für die Sicherung des Unterrichts und für die Bestandskräfte wichtigen Übergangs- und Bestandsschutzregelungen (§ 9 Abs. 3, § 65 PflBG). Es ist daher zu erwarten, dass die Zahl der akademisch ausgebildeten Lehrkräfte in den kommenden Jahren deutlich steigen wird.

Am 1. Januar 2020 trat das neue Hebammengesetz in Kraft. |¹²⁷ Seither setzt die Berufszulassung als Hebamme das erfolgreiche Absolvieren eines primärqualifizierend-dualen Bachelorstudiums voraus. Die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung wurde dabei insbesondere mit den Anforderungen der entsprechenden EU-Richtlinie sowie einer internationalen Anschlussfähigkeit begründet. Inhaltlich wurde angeführt, dass mit Blick auf die berufliche Praxis alle Hebammen in der Lage sein sollten, das gesamte Aufgabenspektrum des Berufs einschließlich der den Hebammen vorbehaltenen Tätigkeiten auf einem bundesweit einheitlichen Niveau auszuführen. Die Einführung einer Hebammenassistenz, wie sie im Koalitionsvertrag von 2021 der Bundesregierung angedacht ist, würde dem entgegenstehen.

Der Wissenschaftsrat begrüßt außerordentlich, dass sich infolge der eindeutigen gesetzlichen Vorgaben durch das neue Hebammengesetz eine positive Dynamik der Einrichtung von Bachelorstudiengängen – auch an Universitäten |¹²⁸ – entwickelt hat. Nach Berichten der Länder erfreuen sich die Studienangebote fast ausnahmslos einer hohen Nachfrage. Der Wissenschaftsrat weist jedoch nachdrücklich darauf hin, dass eine gute personelle und strukturelle Ausstattung der Studiengänge gesichert sein muss. Hierzu zählt auch technisch und didaktisch geschultes Personal für Simulations- und Skills Labs. Aktuell besteht ein hoher Bedarf an Praxisanleiterinnen und -anleitern. Viele berufstätige Hebammen, die derzeit entsprechend qualifiziert sind, werden aus berufsdemografischen Gründen in absehbarer Zeit ausscheiden. |¹²⁹ Schon jetzt wäre es wichtig, den zukünftigen Bedarf zu erheben und entsprechende Planungen anzustoßen.

Der Zugang zur Hebammenausbildung bleibt in Deutschland weiterhin auch ohne Hochschulzugangsberechtigung möglich. |¹³⁰ Im Sinne der Durchlässigkeit würde es der Wissenschaftsrat begrüßen, wenn attraktive Studienmöglichkeiten auch für Hebammen geschaffen würden, die nach altem Recht ausgebildet wurden. Hierzu zählen beispielsweise berufsbegleitende

| 127 Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG); Grundlage dafür war das am 22. November 2019 beschlossene Hebammenreformgesetz.

| 128 Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft sind an 16 Universitäten primärqualifizierend-duale Hebammenstudiengänge zu verzeichnen. Vgl. URL: <https://www.dghwi.de/studium-forschung/studiengange/>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

| 129 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2021a.

| 130 Vgl. § 10 Hebammengesetz – HebG; die Hochschulzugangsberechtigung beruflich Qualifizierter ist zudem in den Landeshochschulgesetzen geregelt.

Zu den Pflegestudiengängen

Die professionelle Pflege stellt mit ca. 1,1 Mio. Beschäftigten die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. | ¹³² Umfang und Vielfalt der Aufgaben der professionell Pflegenden sind groß und erfordern unterschiedlichste Kompetenzen. Der Wissenschaftsrat spricht sich daher dafür aus, in der Pflege den begonnenen Akademisierungsprozess weiterzuverfolgen. Um eine Verbesserung der Patientenversorgung erkennbar entfalten zu können, unterstützt er unverändert den Akademisierungsprozess, der prospektiv eine Akademisierungsquote von 20 % erreichen sollte, so dass jede fünfte neu in den Beruf eintretende Pflegekraft akademisch qualifiziert sein würde.

Bislang liegt die Akademisierungsquote mit 2,5 % noch deutlich unter den Empfehlungen von 2012. Nach einer aktuellen Erhebung hat sich zwar die Zahl der primärqualifizierend-dualen Bachelor-Studiengänge mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes erkennbar erhöht (von 2019 bis 2021 hat sich die Zahl verdreifacht); die Gesamtzahl der Studierenden ist jedoch im gleichen Zeitraum leicht gefallen. Die Gründe dafür sind vielschichtig: So sind zum einen gerade die primärqualifizierend-dualen Bachelor-Studiengänge mit einer Auslastung von durchschnittlich 50 % nicht gut nachgefragt. Zum anderen zeigt sich bei den anderen Studienformaten eine rückläufige Tendenz. Um die Nachfrage insbesondere bei den primärqualifizierend-dualen Studiengängen zu erhöhen und den Ausbau weiterer Studiengänge voranzubringen, sind daher erhebliche Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen notwendig.

– Zunächst sollten die Rahmenbedingungen im Pflegeberufgesetz nachgebessert werden, damit das Studium sowohl für die Studierenden als auch für die Praxispartner an Attraktivität gewinnt. Hierzu zählen die Regelung einer Vergütung der Praxiseinsätze für die Studierenden sowie die Finanzierung der

| ¹³¹ Beispielsweise besteht in Niedersachsen die Möglichkeit zum Studium, wenn zuvor eine dreijährige Ausbildung in der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann) abgeschlossen wurde und eine mindestens dreijährige Berufserfahrung vorliegt. In Nordrhein-Westfalen besteht für beruflich Qualifizierte die Möglichkeit, Zugang zum Studium mit Zusatzprüfung zu erlangen.

| ¹³² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitspersonal 2019. URL: <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

Praxisanleitung im Pflegeberufegesetz in Analogie zum Hebammengesetz. |¹³³ Der Wissenschaftsrat begrüßt die Absicht der Bundesregierung, mit dem geplanten Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) Regelungslücken zu schließen. |¹³⁴ Die Attraktivität des Pflegestudiums ist langfristig nur über die Entwicklung geeigneter Zielpositionen zu erreichen, die gesetzlich gerahmt werden müssen (siehe unten). |¹³⁵

- _ Um die Attraktivität der Studiengänge zu erhöhen, bedarf es überdies einer auskömmlichen Finanzierung für die Ausstattung mit Lehrpersonal und dessen Qualifizierung sowie die Schaffung geeigneter Räumlichkeiten für Lehre und Forschung (inklusive Simulations- und Skills Lab-Ausstattung), für Praxisbegleitung oder die Anbahnung von Kooperationen mit Praxispartnern. Zudem müssen die Kosten für die Entwicklung neuer Studiengangskonzeptionen oder die Neuausrichtung bestehender Studienprogramme berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass die künftige Finanzierung für die Bereitstellung neuer oder die Umwandlung bestehender Studienplätze noch nicht geklärt ist. Die Länder sind initiativ für die Einrichtung und den Betrieb der neuen Studiengänge jeweils durch zusätzlich zur Verfügung gestellte Finanzmittel (z. B. durch Sonderfinanzierungsprogramme, Wettbewerbe, Erhöhung des Landeszuschusshaushalts) aufgekommen.
- _ Für die Steigerung der Attraktivität des Pflegestudiums ist die Entwicklung geeigneter Zielpositionen für eine erfolgreiche Berufseinmündung und Integration in das Berufsfeld dringend geboten (vgl. B.II.2). |¹³⁶ Um diesen Prozess zu befördern, ist der Ansatz des sogenannten Qualifikationsmixes vielversprechend. Dies gilt für alle Versorgungssektoren: ambulante Pflege, akutstationäre Pflege, Rehabilitationspflege und stationäre Langzeitpflege. Ziel ist ein gut gestuftes und durchlässiges Qualifikations- und Beschäftigungssystem, in dem alle Pflegenden im Team entsprechend ihrer jeweiligen Qualifizierung

|¹³³ Die *HQGplus*-Studie zeigt deutlich die Bedeutung der Vergütung der curricular vorgesehenen studentischen Praxiseinsätze als möglicher Treiber der Akademisierung bzw. benennt die fehlende Vergütung als Wettbewerbsnachteil gegenüber der berufsfachschulischen Ausbildung (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022).

|¹³⁴ Vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP 2021, S. 82: „Wir harmonisieren die Ausbildungen u. a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten, Hebammenassistenten und Rettungssanitären und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern. Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken.“; vgl. auch URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegestudiumstaerkungsgesetz-pflstudstg.html>.

|¹³⁵ Damit trifft der Wissenschaftsrat keine Empfehlung zu der Grundsatzfrage der Vergütung von Praxiseinsätzen über die hier behandelten Studiengänge hinaus.

|¹³⁶ Nach den Ergebnissen der *HQGplus*-Studie stellt die Ausdifferenzierung von Rollen, Aufgaben und Arbeitsfeldern von hochschulisch Qualifizierten ebenfalls eine zentrale Aufgabe dar (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022).

Aufgaben und Verantwortung übernehmen, und mit dem die Versorgungspraxis bedarfsgerecht weiterentwickelt werden kann. Grundlage für den gelingenden Qualifikationsmix unter Einbezug akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sind Definitionen des Aufgabenspektrums der professionellen Pflege sowie der dafür notwendigen Kompetenzen.

Zu den Studienangeboten für Therapieberufe

Die Bachelor-Studiengänge in den Therapieberufen (Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie) befinden sich seit 2009 in einer andauernden und mehrfach verlängerten Modellphase. Die damit verbundenen Planungsunsicherheiten haben zu einem erkennbaren Stillstand beim Aufbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge geführt. Nach der derzeitigen Gesetzeslage sind die Modellklauseln in den entsprechenden Berufsgesetzen, die unter bestimmten Bedingungen auch die Ausbildung an Hochschulen erlauben, bis Ende 2024 befristet. Der Wissenschaftsrat erachtet es als notwendig, in den Therapieberufen ebenfalls ein primärqualifizierend-duales Studium als eine regelhafte Qualifizierung zu etablieren. Er empfiehlt daher, die notwendigen Reformen der Berufsgesetze schnellstmöglich durchzuführen, um für die Hochschulen die notwendige Rechtssicherheit zur Planung weiterer Studiengänge zu schaffen.

Mit Verweis auf die Komplexität des Aufgabenspektrums, den nach § 135a SGB V geforderten Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmethoden und die Unteilbarkeit der einzelnen Berufe fordern deren Fachvertreterinnen und -vertreter |¹³⁷ eine vollständig hochschulische Ausbildung. Weitere Argumente der Fachvertreterinnen und -vertreter für eine vollständige Akademisierung beziehen sich auf die Attraktivitätssteigerung und Konkurrenzfähigkeit der Berufe vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sowie die internationale Anschluss- und Wettbewerbsfähigkeit. So seien international die Qualifikationen für logopädische, physio- und ergotherapeutische Tätigkeiten auf dem Niveau DQR 6 (Bachelorabschluss) angesiedelt. Eine weitere Aufgabendifferenzierung – z. B. im Rahmen von Schmerzmanagement – setze zudem im internationalen Vergleich erst auf einen Masterabschluss auf.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, den **Aufbau der wissenschaftlichen Disziplinen** voranzutreiben und den **Fokus der hochschulischen Qualifizierung** weiterhin auf den **Aufbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge** in der 2012 empfohlenen Größenordnung von 10 bis 20 % zu richten. Als entscheidend sieht er hierfür die Aufhebung der Modellklauseln und die Reform der entsprechenden Berufsgesetze mit einer regelhaft primärqualifizierend-dualen hochschulischen

|¹³⁷ V. a. Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V., Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST), Bündnis Therapieberufe, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT).

68 Ausbildung an. Betrachtet man die bisher erreichten Akademisierungsquoten in den drei Berufsgruppen, so erscheint ein Aufbau bzw. die Konsolidierung primärqualifizierend-dualer Studiengänge im Rahmen der genannten Größenordnung leistbar, wobei die verschiedenen Fachgebiete vor spezifischen Herausforderungen stehen | ¹³⁸:

- Physiotherapie: Nach den Erhebungen der HQGplus-Studie (Stand 2019) bedarf es ca. 600 zusätzlicher Studienplätze in neuen primärqualifizierend-dualen Studiengängen, um eine Akademisierungsquote von 15 % zu erreichen. Letztlich hängt der Bedarf neu einzurichtender primärqualifizierend-dualer Studiengängen von der geplanten Neuverteilung der Kompetenzen innerhalb des in Erarbeitung befindlichen Konzepts für eine Teilakademisierung der Berufe in der Physiotherapie und der daraus resultierenden Akademisierungsquote ab. In die weiteren Bemühungen zur Etablierung primärqualifizierend-dualer Studienangebote sollte auch die Umwandlung bereits bestehender ausbildungsintegrierender-dualer Studiengänge in primärqualifizierend-duale Studiengänge einbezogen werden.
- Ergotherapie: Um eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 % zu erreichen, müssten insbesondere neue primärqualifizierend-duale Studiengänge eingerichtet werden. Die Umwandlung bereits bestehender ausbildungsintegrierender-dualer Studiengänge in primärqualifizierend-duale Studiengänge würde lediglich geringfügig zu einer Erhöhung der Akademisierungsquote beitragen.
- Logopädie/Sprachtherapie: Die Akademisierungsquote liegt bereits über 20 %, wenn man alle Studienformate betrachtet. Hier gilt es, auch im Sinne der Harmonisierung des Berufsfeldes, die bereits bestehenden ausbildungsintegrierenden-dualen Studiengänge sowie die weiteren Studiengänge, die zur Ausübung des Berufs qualifizieren (sprachtherapeutische Studiengänge) in primärqualifizierend-duale Studiengänge umzuwandeln.

Der Wissenschaftsrat hält es für einen gangbaren Weg, zunächst mehrere Ausbildungswege (hochschulisch und berufsfachschulisch) offen zu halten, auch wenn sich daraus möglicherweise andere Probleme ergeben (Konkurrenz der Ausbildungssysteme, Unterhaltung von Doppelstrukturen). Er empfiehlt jedoch, die internationale Entwicklung und Anschlussfähigkeit im Blick zu behalten und in zehn Jahren auf Basis der erreichten Akademisierungsquoten und des erzielten Aufbaus der wissenschaftlichen Disziplinen differenziert zu prüfen, welche weiteren Entwicklungen erforderlich sind.

| ¹³⁸ Die Angaben der Akademisierungsquoten basieren auf den Erhebungen der Studienanfängerzahlen 2019 im Rahmen der HQGplus-Studie und der korrespondierenden Zahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler, respektive Ausbildungsplätze 2018/19 (vgl. HQGplus-Studienbericht 2022, S. 58 f.).

Im Mittelpunkt der Diskussion um die hochschulische Qualifizierung von Gesundheitsfachberufen steht die Einrichtung primärqualifizierend-dualer Studiengänge sowie die Entwicklung von beruflichen Zielpositionen für ihre Absolventinnen und Absolventen. Um den Versorgungsnotwendigkeiten angemessen begegnen zu können oder die Versorgungspraxis innovativ weiter zu entwickeln, sind jedoch auch patienten- bzw. klientennahe Masterstudienprogramme erforderlich, die für die Wahrnehmung erweiterter Aufgaben/Rollen qualifizieren. Diese sind bislang in allen drei Fachgebieten kaum vorhanden. Auch die Entwicklung patienten- bzw. klientennaher, wissenschaftlicher Karrierewege und Berufsbilder mit erweiterten Rollen, wie zum Beispiel das international bewährte Advanced Practice Nursing steht in Deutschland noch relativ am Anfang. |¹³⁹

Der Wissenschaftsrat verweist darauf, dass der Einsatz hochschulisch qualifizierter Angehöriger der Gesundheitsfachberufe, insbesondere wenn sie auch erweiterte Rollen übernehmen, einen großen Unterschied in der Therapie- und Prozesssteuerung und damit für die Qualität der Gesundheitsversorgung bewirken kann. Er erachtet daher die Entwicklung und Umsetzung von patienten- und klientennahen Masterstudienprogrammen als entscheidend, um mit innovativen Versorgungsansätzen und durch Benennung erweiterter Rollen im Sinne von Advanced Practice Nursing, Advanced Practice Midwifery und Advanced Scope Practitioner den Versorgungsnotwendigkeiten in der erforderlichen und zukunftsorientierten Weise begegnen zu können.

Für den Aufbau und die Etablierung patienten- bzw. klientennaher, klinischer Masterstudiengänge bedarf es zukünftig:

- _ strategischer Partnerschaften zwischen Hochschulen, die einen solchen Master entwickeln wollen und Gesundheitseinrichtungen, die Personen mit den spezifischen Kompetenzen brauchen und dafür entsprechende Konzepte und berufliche Zielpositionen entwickelt haben;
- _ der Entwicklung erweiterter Rollen für die Absolventinnen und Absolventen von Masterstudiengängen und der Klärung des ordnungspolitischen Rahmens für diese erweiterten Rollen sowie
- _ systematischer Integrationsmöglichkeiten hochschulisch Qualifizierter in die Praxis und in die Wissenschaft (Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen).

|¹³⁹ Vgl. Gaidys 2019.

Darüber hinaus sollten auch (Teilzeit-)Studienangebote vorgehalten und ausgebaut werden, mit denen bereits beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen, Hebammen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten der Erwerb eines hochschulischen pflegewissenschaftlichen Abschlusses erleichtert und damit die Durchlässigkeit erhöht wird. Hierfür müssen die Möglichkeiten des Hochschulzugangs für beruflich qualifizierte auch ohne formale Hochschulzugangsberechtigung sowie die Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen auf die hochschulischen Studiengänge konsequent genutzt werden. Des Weiteren müssen die Studienbedingungen dieser Studiengänge so ausgestaltet werden, dass sie sich mit familiären oder beruflichen Verpflichtungen verbinden lassen. Um Karrierewege für bereits beruflich qualifizierte aufzuzeigen und die Attraktivität der Berufe zu erhöhen, fordert der Wissenschaftsrat die Hochschulen auf, auch weiterbildende Masterstudienangebote |¹⁴⁰ unter Anerkennung der beruflichen Bildungserfahrungen sowie Quereinstiegsmöglichkeiten zu entwickeln.

I.4 Digitalisierung

Auch für die hochschulische Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe stellt die Digitalisierung als große gesellschaftliche Transformationsaufgabe ein wichtiges Querschnittsthema dar (siehe auch C.I.3). Die Integration digitaler Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung ist dringend geboten, um die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe – wie auch die Ärztinnen und Ärzte – für die Gestaltung eines digital transformierten Gesundheitssystems zu befähigen. |¹⁴¹

Eine enge Verbindung mit der Informatik sowie weiteren für die datenbasierte Gesundheitsforschung relevanten Fächern – und damit wechselseitiges Verständnis und Austausch –, sollte durch interprofessionelle Ausbildung, fächerübergreifende Studienmodule und möglichst auch durch kooptierte Professuren umgesetzt werden.

Auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen müssen in den Disziplinen entsprechend aus- und weitergebildet werden.

| ¹⁴⁰ Weiterbildende Masterstudienangebote werden hier im Sinne der Musterrechtsverordnung der Kultusministerkonferenz aus dem Jahr 2017 verstanden und sind von kostenpflichtigen hochschulischen Weiterbildungsformaten abzugrenzen. Zu den Zugangsvoraussetzungen weiterbildender Masterstudiengänge siehe den Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.12.2017, §5 (vgl. URL: <https://www.akkreditierungsrat.de/sites/default/files/downloads/2019/Musterrechtsverordnung.pdf>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023).

| ¹⁴¹ Vgl. Wissenschaftsrat 2022b, S. 32.

Im Weiteren verweist der Wissenschaftsrat auf seine jüngsten Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium sowie zur Digitalisierung und Datennutzung in Gesundheitsforschung und Versorgung. |¹⁴²

Die Digitalisierung als Transformation im Gesundheitssystem kann nur gelingen, wenn auch die Gesundheitsfachberufe entsprechende Problemlösungskompetenzen erwerben, die in den Studiengängen entsprechend zu vermitteln sind.

B.II GESTALTUNG DER BERUFSPRAXIS

Wie die Ergebnisse der *HQGplus*-Studie deutlich machen, haben sich die Bachelorstudienangebote mit patienten- bzw. klientenahem Qualifikationsziel und die Studierendenzahlen in allen betrachteten Gesundheitsfachberufen in den vergangenen zehn Jahren erkennbar weiterentwickelt. Die fachspezifischen Betrachtungen zeigen dabei recht unterschiedliche Entwicklungsdynamiken, die sich u. a. in unterschiedlichen Akademisierungsquoten niederschlagen. Für alle Fachgebiete gilt, dass das Masterstudienangebot mit patienten- bzw. klientenahem Qualifikationsziel sehr gering entwickelt ist. Der Anteil von hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachpersonen in der Versorgungspraxis ist insgesamt mit geschätzt nur einem Prozent sehr gering. Spezifische Rollen und Aufgabfelder für hochschulisch qualifizierte im Miteinander mit berufsfachschulisch qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal und anderen Gesundheitsberufen sind bislang kaum entwickelt und in nur wenigen Einrichtungen in unterschiedlicher Ausprägung etabliert. Damit sich das Potenzial hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen entfalten kann, bedarf es besonderer Anstrengungen, nicht nur hinsichtlich der wissenschaftlichen Disziplinenbildung, sondern auch bezüglich des Übergangs und der Gestaltung der Berufspraxis.

In Fortführung seiner Empfehlungen aus dem Jahr 2012 unterstreicht der Wissenschaftsrat den **Bedarf hochschulischer Qualifizierungsmöglichkeiten** für Fachpersonal in den Pflege-, Hebammen- und Therapieberufen (Physiotherapie- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie). Verbunden ist damit die Erwartung, dass hochschulisch qualifizierte Pflegenden, Hebammen, Therapeutinnen und Therapeuten bestehende und zukünftige Problemlagen wissenschaftsbasiert untersuchen und damit auch in vielfältiger Weise zentrale Beiträge zur **Lösung der gegenwärtigen Versorgungsproblematik leisten**, insbesondere indem sie:

- _ die Versorgung stärker wissenschaftsbasiert gestalten und damit verbessern (z. B. durch evidenzbasierte klinische Entscheidungsfindung);

|¹⁴² Vgl. Wissenschaftsrat 2022a, 2022b.

- _ sich das Wissen selbstständig durch Recherche, Analyse und Bewertung von Studien erschließen und die Ergebnisse auf den Einzelfall anwenden, und insbesondere Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemlagen versorgen, für die noch keine oder kaum Routinen vorliegen;
- _ innovative Versorgungskonzepte in der Praxis implementieren und umsetzen und damit die Versorgung zukunftsfähig weiterentwickeln und, z. B. in strukturschwachen Regionen, aufrechterhalten;
- _ weitere Rollen in der Gesundheitsversorgung übernehmen und damit eigenständige Entscheidungen treffen, die bisher anderen, ebenfalls (berufs)demografisch und regional herausgeforderten, Berufsgruppen vorbehalten waren, die dadurch entlastet werden;
- _ erweiterte heilkundliche Aufgaben wahrnehmen und damit Versorgungspässe überwinden und verhindern sowie
- _ einen Direktzugang zu Patientinnen und Patienten / Klientinnen und Klienten in der Primärversorgung eröffnen und damit Barrieren in der Versorgung abbauen.

Schon jetzt sind die an Hochschulen qualifizierten Gesundheitsfachpersonen in der Praxis stark nachgefragt; sie erhalten Angebote bereits vor Abschluss des Studiums. Bereits die VAMOS-Studie zeigte, dass den Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in der Regel eine einschlägige Berufseinmündung gelingt. |¹⁴³ Nach den Erfahrungen der Arbeitgeber bringen sie erweiterte Handlungskompetenzen, wie z. B. evidenzbasiertes und interprofessionelles Arbeiten, in die Versorgung mit ein. Die Studie macht aber auch deutlich, dass Handlungsspielräume (z. B. Stellenprofile) und Rahmenbedingungen (z. B. Vergütungsmöglichkeiten) in der Versorgungs- und Unternehmenspraxis weiter auf die erweiterten Kompetenzprofile der Absolventinnen und Absolventen abgestimmt werden müssen, um den langfristigen Verbleib in der Versorgung sicherzustellen und die Potenziale zur Verbesserung der Versorgungsqualität ausschöpfen zu können. |¹⁴⁴ Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangt auch die Befragung von Universitätsklinikern im Rahmen der HQG*plus*-Studie. |¹⁴⁵ So verbinden die befragten Universitätsklinikern mit der Beschäftigung hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen insbesondere die Erwartung an eine Förderung wissenschaftsbasierter Arbeitsweisen und Versorgungsgestaltung und in der Folge eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit und Versorgungsqualität. Sie betrachten die Beschäftigung hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen daher

|¹⁴³ Vgl. Dieterich et. al. 2019.

|¹⁴⁴ Ebd. S. XVI sowie S. 224 ff.

|¹⁴⁵ Vgl. HQG*plus*-Studienbericht 2022, S. 128ff.

als Wettbewerbsvorteil und als Beitrag zur Fachkräftesicherung. Gleichzeitig ist die Implementierung hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen in die Versorgung nach Angaben der Universitätsklinik mit vielfältigen Herausforderungen verbunden, z. B. die Entwicklung erweiterter Aufgabenprofile, eine angemessene Vergütung der hochschulisch Qualifizierten sowie die Gestaltung eines neuen Skills- und Grade-Mixes.

II.1 Entwicklung beruflicher Zielpositionen

Um zukünftig die Potenziale hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen besser nutzen zu können, ist es dringend erforderlich, adäquate Stellen für eine erfolgreiche Einmündung in das Berufsfeld zu schaffen, die für die Absolventinnen und Absolventen attraktiv sind und es vor allem erlauben, dass die im Studium erworbenen Kompetenzen im Berufsfeld ausgeübt werden können. Dafür sind die entsprechenden Aufgaben eindeutig zu benennen und berufliche Zielpositionen zu definieren. Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen bzw. der Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse bilden hierfür in Verbindung mit den Berufsgesetzen, in denen die Studien- bzw. Ausbildungsziele festgelegt sind, den Rahmen (vgl. C.II). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Disziplinen auf unterschiedlichem Entwicklungsstand befinden und bei der Definition der beruflichen Zielpositionen vor unterschiedlichen Herausforderungen stehen. So ist mit den in 2020 in Kraft getretenen neuen Berufsgesetzen für die Hebammen und die Pflege der Berufszugang über ein primärqualifizierend-duales Bachelorstudium (DQR 6) geregelt. Der Wissenschaftsrat begrüßt erste Initiativen, die sich auf dem Gebiet der Pflege mit der Erarbeitung von Tätigkeitsprofilen für hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte befassen. |¹⁴⁶ Für die Hebammen gilt es insbesondere, die Kompetenzzugewinne zeitnah entsprechend im Leistungs-, Haftungs- und Beruferecht abzubilden (siehe B.III). In beiden Disziplinen bedarf es der Entwicklung erweiterter Rollen – auch im Sinne von Karrierewegen in der Versorgung – für die eine Qualifizierung auf Masterniveau (DQR 7) Voraussetzung ist. Hier kann an Ansätze und Vorarbeiten im Ausland angeknüpft werden. Im Rahmen der anstehenden Reformierung der Berufsgesetze für die Therapieberufe sind zunächst Aufgaben und Kompetenzen

|¹⁴⁶ Im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege wurde die Erarbeitung von Tätigkeitsprofilen für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen durch die Sozialpartner vereinbart. (Ausbildungsinitiative Pflege (2019–2023). Vereinbarungstext. Handlungsfeld 1.4, Beitrag 4 (vgl. URL: https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/ausbildungsinitiative-pflege-2019-2023.pdf, zuletzt abgerufen am 25.07.2023). Die entsprechende Arbeitsgruppe will ihre Ergebnisse in 2023 vorlegen. Am BIBB läuft aktuell ein Forschungsprojekt zur „Hochschulischen Pflegeausbildung und Berufseinstieg (HPABE)“, das u. a. die Erarbeitung eines Aufgaben- und Tätigkeitsprofils im Rahmen eines Qualifikations-Mix-Modells zum Ziel hat (vgl. URL: <https://www.bibb.de/de/152078.php>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023).

74 auf den unterschiedlichen Niveaus (DQR) zu konkretisieren, wie dies im Rahmen der Reform des Berufsgesetzes aktuell für die Physiotherapie erfolgt.

Weitere Zielpositionen werden vermehrt diskutiert, auch im stationären Kontext. |¹⁴⁷ Im Folgenden werden beispielhaft Zielpositionen für hochschulisch qualifizierte Gesundheitsfachpersonen mit Bachelor-, Master- oder Promotionsabschluss beschrieben, wie sie bereits (vereinzelt) in der realen Versorgungspraxis zu finden sind.

|¹⁴⁷ Bspw. die Leitung des Pflegebereichs in Level 1i-Krankenhäusern mit integrierten ambulant-stationären Zentren; vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022, S. 13.

Beispiel Bachelor: Pflege (Primary Nurse) | 148

Frau S. befindet sich seit zwei Wochen in der klinischen stationären Versorgung. Ihr Mann darf sie in Zeiten von COVID nur eine Stunde am Tag besuchen. Frau S. hat einen Pflegegrad zwei und wird in der Häuslichkeit von ihrem Mann, den erwachsenen zwei Kindern und ihrer Schwester versorgt. Bei ihr wurde vor drei Jahren ein Tumor im Lymphknoten entfernt. Sie ist chemo- und strahlentherapeutisch behandelt. Im Januar 2020 hat sie eine Pneumonie entwickelt, an die sich eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) angeschlossen hat. Frau S. erhält kontinuierlich Sauerstoff über eine Nasensonde, jede Anstrengung fällt ihr schwer.

Die bachelorausgebildete Pflegende entwickelt und verantwortet als Primary Nurse die Pflegeplanung für Frau S. Sie führt ein umfassendes leitliniengestütztes Assessment durch und bewertet insbesondere die Atemsituation von Frau S. vor dem Hintergrund von Belastungsfähigkeit und Mobilisierungsversuchen. Zudem inkludiert die bachelorausgebildete Pflegende ein strukturiertes Assessment der Selbstpflegefähigkeiten von Frau S. und erstellt auf der Grundlage dieses Assessments ein individuelles Beratungskonzept für Frau S. hinsichtlich ihres Atemtrainings und einer angepassten Mobilisierung. Sie realisiert diese Beratung sowohl in strukturierter als auch in ad-hoc Form während der von ihr ausgeführten alltäglichen Pflege. Die bachelorausgebildete Pflegende erstellt weiterhin in Zusammenarbeit mit der Physiotherapeutin einen evidenzbasierten Atemtrainings- und Inhalationsplan und verantwortet seine Umsetzung und Evaluation durch die Anleitung der dreijährig ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen der Pflege. Die bachelorausgebildete Pflegende beobachtet, dokumentiert und kommuniziert die klinische Situation von Frau S. in das Team bei Fallbesprechungen und Visiten und passt die Pflege kontinuierlich an diese Situation an. Sie erstellt ebenfalls auf der Grundlage einer Analyse des sozialen Kontextes ein familiales Beratungskonzept, um die pflegerische Versorgung von Frau S. in der Häuslichkeit mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes sicherzustellen und prophylaktisch die Entwicklung von Lungenentzündungen zu verhindern. Die bachelorausgebildete Pflegende initiiert in Abstimmung mit den Medizinerinnen und Medizinern den Entlassungsprozess. Sie fertigt einen pflegerischen Entlassungsbericht und ist Ansprechpartnerin für die Kolleginnen und Kollegen des Pflegedienstes, die so mit der Familie in die Lage versetzt werden, die Versorgung ohne Brüche zu übernehmen und das Risiko eines sogenannten Drehtüreffekt zu minimieren.

Bei Verschlechterung insbesondere der Atemsituation von Frau S. kontaktiert die bachelorausgebildete Pflegende die APN (Pflegerin mit Masterabschluss). Gemeinsam mit dieser und Medizinerinnen und Medizinern und Frau S. wird die Entscheidung zu einer Beatmungstherapie gefällt. Die APN übernimmt die Verantwortung für den weiteren Versorgungsprozess.

| 148 Vgl. Blanck-Köster, K.; Weller, F. (2020): Erweiterte und vertiefte Pflegepraxis – Körperliche Untersuchung als pflegerische Kompetenz. Webinar auf dem 18. Gesundheitspflegekongress, Springer-Pflege. URL: <https://www.gesundheitskongresse.de/hamburg/2020/programm/kurse/haw.php>, zuletzt abgerufen am 14.08.2023.

Beispiel Master: Community Health Nursing | 149

Herr N. ist seit mehreren Jahrzehnten chronisch-mehrfach erkrankt. Er kommt nach vielen Jahren wieder in die Hausarztpraxis der Poliklinik und hat einen alten Medikamentenplan dabei. Die Medikamenten- und Befundlage ist ihm unklar und wegen einer Sprachbarriere ist die Verständigung schwierig. Die Hausärztin hat nicht genügend Zeit, das Anliegen mit dem Patienten ausführlich zu besprechen. Daher überweist sie den Patienten an die Community Health Nurse.

Die Community Health Nurse (CHN) vereinbart einen Termin für einen Hausbesuch mit Herrn N. und erhebt während des erstens Treffens die Anamnese mittels eines pflege-diagnosenorientierten Anamnesebogens. Die CHN erfasst das Anliegen des Patienten (Patientenziele), die Symptome und erläutert ihre Ansprechbarkeit. Eine Sprachmittlung über einen Sprachmittlungsverein wird ermöglicht. Während des Hausbesuches zeigt der Patient auf einmal eine leichte Schlaganfall-Symptomatik/Transitorische ischämische Attacke (TIA). Die CHN hält sofort Rücksprache mit der Ärztin der Poliklinik und bereitet eine Einweisung ins Krankenhaus vor. Ein Rettungsdienst wird gerufen. Der Patient wird stationär behandelt. Die Entlassung wird mit der CHN geplant. Zur Vorbereitung auf den Termin nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgt ein Medikamenten-Check mit dem Abgleich des Medikamentenplans und der Medikamentenempfehlung des Krankenhauses mit den häuslich vorhandenen Medikamenten. Laborwerte, Arztbriefe und Therapieempfehlungen werden von der CHN gesichtet und strukturiert. Nach dem Krankenhausaufenthalt übernimmt die CHN die weitere Versorgung. Der Medikamentenplan wird für den Patienten verständlich aufbereitet und erläutert. Dazu zählt auch die Übersetzung schwieriger Fachbegriffe und Medikamentennamen. Bei sehr komplexen Medikamentenplänen hält die CHN Rücksprache mit einer AMTS-(Arzneimitteltherapiesicherheit) qualifizierten Apothekerin. Weitere Bausteine der CHN-Versorgung sind: Bewusstsein über Erkrankung und potenzielle Risikofaktoren schaffen, Diagnostik durchführen und Selbst-Monitoring ermöglichen. Hierzu wurde von der CHN eine körperliche Untersuchung durchgeführt und darauf aufbauend ein strukturiertes Beratungskonzept erstellt und kontinuierlich realisiert. Zusätzlich erhält der Patient im Rahmen einer Pflegesprechstunde eine Schulung mit dem Ziel, Basiswissen zur Blutdruckselbstmessung und zum Bluthochdruck zu vermitteln und präventive Verhaltensstrategien zu üben. Die Schulung wird als Gruppenschulung angeboten. Wöchentliche Fallbesprechungen mit allen Gesundheits-Fachbereichen der Poliklinik helfen, die Versorgung des Patienten weiter multiperspektivisch zu planen. Im vorliegenden Beispiel findet vor allem eine Koordination mit der Hausärztin statt. Es werden gemeinsam Therapieempfehlungen erarbeitet und das weitere Vorgehen besprochen. Im Rahmen der Follow-up-Termine wird die Erreichung der Patientenziele überprüft und weitere Anliegen erfasst. So belastete die finanzielle Situation den Patienten und seine Ehefrau. Die CHN vereinbart einen Termin mit der Gesundheits- und Sozialberatung in der Poliklinik zur Wohn-geldbeantragung.

Beispiel Promotion: Hebammenwissenschaft | 150

Im BMBF-geförderten Verbund Hebammenforschung |¹⁵¹ wurde ein neues hebammengeleitetes klinisches Versorgungskonzept einer frau-zentrierten Betreuung – der sogenannte Hebammenkreißsaal – entwickelt. Im Rahmen von fünf Dissertationen |¹⁵² wurde dieses Konzept auf Basis einer Interventionsstudie in Hinsicht auf das gesundheitsbezogene maternale und kindliche Outcome sowie die Entscheidungsfindung schwangerer Frauen für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal u. w. m. beforscht. |¹⁵³ Durch diese Arbeiten konnten grundlegende Neuerungen für die Praxis erarbeitet werden: „Frauen, die im Hebammenkreißsaal geboren haben, erfuhren u. a. weniger medizinische Routineinterventionen (z. B. Episiotomie), eine nahezu 1:1 Betreuung unter der Geburt und ein besseres Geburtserleben im Vergleich zu Frauen, die im üblichen Kreißsaal geboren hatten (Bauer 2011). In einer prospektiven kontrollierten Multi-Center Studie mit sechs Hebammenkreißsälen in Nordrhein-Westfalen wurden die positiven gesundheitsbezogenen Effekte dieses Betreuungsmodells bestätigt (Tietjen et al. 2021).“ |¹⁵⁴ Die Bedeutung anwendungsorientierter Forschung zeigt sich hier im Transfer in die Versorgungspraxis. So verfolgt der Koalitionsvertrag von 2021 der Bundesregierung den Ausbau von Hebammenkreißsälen als Versorgungsmodell für Frauen mit einer normalen Schwangerschaft.

Der Wissenschaftsrat fordert die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auf, stärker als bisher zur Entwicklung von beruflichen Zielpositionen für akademisch qualifiziertes Personal in den Bereichen Pflege, Therapie und Geburtshilfe beizutragen. Diese Differenzierung muss sich letztlich auch in Stellenbeschreibungen und im tariflichen Gefüge niederschlagen und sollte durch Personalentwicklungskonzepte unterstützt werden (vgl. B.II.2). Für Fragen der angemessenen Vergütung sind sowohl die Tarifpartner als auch die Vertragspartner der Heilmittelversorgung sowie der Gesetzgeber angesprochen.

II.2 Integration in das Berufsfeld

Die erfolgreiche Berufseinmündung hochschulisch qualifizierter Angehöriger der Gesundheitsfachberufe erfordert zudem eine strukturell gesicherte Einbindung in die jeweilige Organisation sowie angepasste fachliche Verantwortungsbereiche und rechtliche Rahmenbedingungen (Berufs-, Haftungs- und Leistungsrecht). Erforderlich ist zudem eine systematische Organisationsentwicklung

|¹⁵⁰ Vgl. Eggenschwiler, Cignacco, zu Sayn-Wittgenstein 2023.

|¹⁵¹ Von 2004 bis 2011 wurden vom BMBF vier Forschungsverbände in der Pflege- und Hebammenforschung mit insgesamt 25 Forschungsprojekten zum Förderschwerpunkt Angewandte Pflegeforschung gefördert (vgl. URL: <https://idw-online.de/de/news86540>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023).

|¹⁵² Vgl. Bauer 2011; Knappe 2016; Krahl 2018; Schäfers 2011; von Rahden 2011.

|¹⁵³ Vgl. zu Sayn-Wittgenstein et al. 2005.

|¹⁵⁴ Eggenschwiler, Cignacco, zu Sayn-Wittgenstein 2023, S. 58.

sowie spezielle Angebote der Personalentwicklung von hochschulisch qualifizierten Personen auf allen Ebenen (Bachelor, Master, Promotion, Postdoc). |¹⁵⁵ Darüber hinaus müssen im Sinne der Erhöhung der Durchlässigkeit auch für berufsfachschulisch ausgebildete Gesundheitsfachpersonen spezifische Angebote und Karrierewege zum Erwerb eines hochschulischen Abschlusses entwickelt werden.

Bislang gibt es nur in wenigen Bereichen Modellprojekte zum adäquaten Einsatz hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen. Erst wenige Einrichtungen haben mit der systematischen Implementierung hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen in der patienten- bzw. klientennahen Versorgung und der Erarbeitung spezifischer Konzepte begonnen (vgl. *HQGplus*-Studie, 2022, S. 141f.). Wenige Projekte mit spezifischen Konzepten, z. B. zum Skills- und Grade-Mix, zur Integration in die Organisationsstrukturen und zur Personal- und Organisationsentwicklung sind im stationären Bereich und in der Pflege auszumachen. In den Daten der *HQGplus*-Studie zeigt sich, dass Absolventinnen und Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge in einigen Universitätsklinik und in wenigen anderen Krankenhäusern mit neuen Aufgaben betraut werden. Damit geht einher, dass Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifizierungen in der patienten- bzw. klientennahen Versorgung beschäftigt sind. Dies zieht eine Klärung der jeweiligen Aufgaben und der Zusammenarbeit im Pflege-Team nach sich.

Erste Lösungsansätze für einen sogenannten Qualifikationsmix wurden innerhalb des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekts 360°-Pflege erprobt. Danach ist die erfolgreiche Initiierung und Umsetzung eines Qualifikationsmixes in den Einrichtungen von verschiedenen Faktoren abhängig, wie einer adäquaten Stellenbeschreibung, den Ressourcen und Kapazitäten für die Organisationsentwicklung, oder der Vergütung. Dabei treffen diese Lösungsansätze zeitgleich auf massive Probleme im Gesundheitssystem, wie Fachkräftemangel und prekäre Arbeitsbedingungen, Ökonomisierung, strikte Trennung von stationärem und ambulanten Sektor, Unter- und Fehlversorgungen in der stationären und ambulanten Versorgung, die ebenfalls adressiert werden müssen. |¹⁵⁶ Aus Sicht des Wissenschaftsrats gehen die beschriebenen Lösungsansätze in die richtige Richtung, um den veränderten Rahmenbedingungen und Herausforderungen im

|¹⁵⁵ Für die Interviews mit Referenzeinrichtungen wurden im Rahmen der *HQGplus*-Studie Kriterien für innovative Ansätze formuliert, die für konkrete Empfehlungen herangezogen werden sollten: Spezifisches Konzept, Skills-Mix, Handlungsfelder, Autonomie, Partizipation, Image und Rückhalt, Förderung der Weiterentwicklung, Forschung, Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit, Qualitätsentwicklung, Evaluation (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, A.I.4.a).

|¹⁵⁶ Vgl. Wissenschaftsrat, 2021, S. 26ff.

Gesundheitssystem begegnen zu können. Dadurch kann auch eine höhere Berufszufriedenheit erreicht werden, die wiederum eine längere Verweildauer im Beruf nach sich ziehen könnte |¹⁵⁷.

Exkurs: Qualifikationsmix

Im Rahmen des Projekts 360°-Pflege wurden in einem ersten Schritt für alle vier Versorgungsektoren entsprechende Definitionen erarbeitet. In einem zweiten Schritt wurden deutschlandweit insgesamt sieben Modelleinrichtungen aus den verschiedenen Sektoren gewonnen, um Qualifikationsmixmodelle zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Ziel war es zu beschreiben, wie die Qualifikationsmixmodelle in der Praxis funktionieren, wie intra- und interprofessionelle Kooperationen gelingen, wie die Versorgungspraxis sich verändert und wie neue Karrierewege in der Pflege beschrieben und gegangen werden können, aber auch welche Hindernisse und Barrieren sich dabei auftun. Im Kern konnten sich zwei wesentliche Profile und Funktionen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen im erweiterten Qualifikationsmix herausbilden und bewähren. Dabei handelt es sich zum einen um das Profil einer Pflegefachleitung auf Bachelorebene und zum anderen um das Profil der Pflegeexpertise auf Masterebene. Der Abschlussbericht des Projekts gibt konkrete Handlungsempfehlungen wie Konzepte des erweiterten Qualifikationsmixes umgesetzt und in der Versorgungspraxis genutzt werden können. |¹⁵⁸ Wie aus den Interviews mit ambulanten und stationären Referenzeinrichtungen im Rahmen der *HQGplus*-Studie erkennbar ist, machen sich bislang erst einige stationäre Einrichtungen auf den Weg, die Integration von hochschulisch ausgebildetem Gesundheitsfachpersonen in die jeweilige Krankenversorgung strategisch und systematisch zu erschließen (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, B.II.4).

Die Versorgungseinrichtungen sind im Austausch mit den Disziplinen dringend gefordert, Konzepte für eine konsequente und strukturierte Einbindung hochschulisch qualifizierter Gesundheitsfachpersonen in das Berufsfeld sowie entsprechende Karrierewege in der Versorgung zu entwickeln, wie dies bereits an wenigen Einrichtungen in unterschiedlicher Intensität erfolgt (vgl. *HQGplus*-Studienbericht 2022, B.II.4). Der Wissenschaftsrat sieht die Verantwortlichen im Gesundheits- und Sozialsystem in der Pflicht, Initiativen, die z. B. die Integration hochschulisch qualifizierter Pflegenden fördern, zu unterstützen sowie Anreizstrukturen |¹⁵⁹ für die Beschäftigung hochschulisch qualifizierter Pflegenden zu schaffen. Zu begrüßen wäre beispielsweise, wenn vom Gesetzgeber verbindliche Quoten vorgegeben würden, die mit Mittelzuweisungen verknüpft wären oder

|¹⁵⁷ Kelly, McHugh, Aiken 2011; vgl. auch C.I.4.e.

|¹⁵⁸ Vgl. Abschlussbericht zu den Ergebnissen der umfassenden Begleitreflexion der Modelleinrichtungen sowie des gesamten Projekts. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/die-erweiterte-pflege-rische-versorgungspraxis>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

|¹⁵⁹ Zum Beispiel könnten vom Gesetzgeber verbindliche Quoten für hochschulisch qualifizierte Pflegenden vorgegeben werden, an die Mittelzuweisungen geknüpft wären.

80 wenn hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in das Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen Eingang finden würden. Insbesondere im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Pflegepraxis durch das neue Personalbemessungsinstrument sollten die Potenziale hochschulisch qualifizierter Pfleger gezielt aktiviert und genutzt werden. | ¹⁶⁰

II.3 Erweiterte Kompetenzen und Rollen

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland bedarf neben der Entwicklung spezifischer Zielpositionen für hochschulisch qualifizierte Angehörige der Gesundheitsfachberufe und einer erfolgreichen Integration in das Berufsfeld auch eine größere Autonomie hinsichtlich versorgungsrelevanter Aufgaben und der Entscheidung über Versorgungspfade. Erste Schritte zu mehr Berufsautonomie wären:

- _ für die Pflegeberufe die Möglichkeit, Kompetenzen zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben insbesondere bezogen auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen (z. B. Menschen mit chronischen Wunden, Menschen mit einem Diabetes Mellitus) bereits im Rahmen des regulären primärqualifizierend-dualen Studiums und nicht erst durch eine zusätzliche Qualifizierung zu erwerben und diese Kompetenzen dann substitutiv auszuüben; des Weiteren die Möglichkeit für Absolventinnen und Absolventen klinischer Masterstudiengänge mit erweiterten Aufgaben/Rollen in der Versorgung im Kontext von Advanced Practice Nursing, beispielsweise in der Primärversorgung als Community Health Nurse, Advanced Scope Practitioner, Advanced Practice Midwifery, ggf. mit Verordnungskompetenz selbstständig tätig zu sein, wie es in vielen Ländern außerhalb Deutschlands bereits üblich ist (Vgl. A.II, Beispiele aus der Schweiz); | ¹⁶¹
- _ die Perspektive des Direktzugangs für die Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie auf der Basis einer hochschulischen Qualifikation, die entsprechende Module zum Erwerb rechtlicher, ethischer, ökonomischer und fachlicher Aspekte enthält, die für den Direktzugang maßgeblich sind;
- _ die Erweiterung des Aufgabenspektrums für die Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie im Hinblick auf die selbstständige Verordnung von therapieunterstützenden Hilfsmitteln und
- _ für die Physiotherapien die Integration aller für die Berufsausübung notwendigen Kompetenzen in ein Bachelorstudium statt einer Beibehaltung des Zertifikatsvergütungssystems.

| ¹⁶⁰ Vgl. Rothgang et al. 2020, S. 423.

| ¹⁶¹ Vgl. Maier, Aiken 2016.

Die Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben durch Gesundheitsfachpersonen in der Versorgung (z. B. durch ANP, CHN und APM) oder der Direktzugang zu Therapeutinnen und Therapeuten muss berufs-, leistungs- und haftungsrechtlich geregelt werden, z. B. durch Anpassung bestehender Gesetze oder durch ein neues Heilberufegesetz. |¹⁶²

Wenn die Gesundheitsfachpersonen mehr Entscheidungsfreiheit und Verantwortung übertragen bekommen, erfordert dies auch, dass sie angemessen vergütet werden und insbesondere die Gehälter der angestellten Gesundheitsfachpersonen angepasst werden, wobei auch die bereits bestehenden Möglichkeiten im Tarifgefüge ausgeschöpft werden sollten.

B.III FAZIT UND AUSBLICK

Der demografische und epidemiologische Wandel mit der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen, Multimorbiditäten und Pflegebedürftigkeit zählt zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen, denen Deutschland gegenübersteht. Hinzu kommen gesellschaftliche Entwicklungen wie veränderte Familienstrukturen, Digitalisierung und Technisierung, die Verlagerung gesundheitsfachlicher Aufgaben aus dem stationären in den ambulanten Sektor sowie berufsdemografische Entwicklungen. Diese führen nicht nur zu einem erhöhten Bedarf an angemessenen Versorgungsleistungen, sondern auch zu qualitativ veränderten – komplexeren – Versorgungsbedarfen und stellen das Gesundheitssystem damit vor neue Herausforderungen. Angesichts der demografischen, insbesondere auch der berufsdemografischen Veränderungsprozesse wird die notwendige Entwicklung nicht allein durch mehr Personal zu lösen sein. Vielmehr erfordern sinkende personelle Ressourcen und steigende Bedarfe zunehmend, bestehende und neue Aufgaben besser zu steuern, neue Versorgungsformen zu entwickeln und diese zu implementieren sowie die Attraktivität dieser Positionen zu erhalten bzw. zu steigern. Auch eine veränderte Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den vorhandenen Berufen ist ein wichtiger Baustein, den aufgezeigten Problemen zu begegnen.

Gerade im Bereich der Gesundheitsfachberufe bestehen große Potenziale, durch die Entwicklung neuer und die Neuverteilung vorhandener Kompetenzen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung beizutragen, sowohl im ländlichen Bereich als auch in den Städten. Der Wissenschaftsrat richtet seine Empfehlungen daher auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe, deren Perspektive er wesentlich in der Nutzung ihrer wissenschaftlichen Potenziale sieht. Die Empfehlungen machen deutlich, dass hochschulisch

|¹⁶² Vgl. Burgi, Igl 2021.

qualifizierte Gesundheitsfachpersonen und die dahinterstehenden wissenschaftlichen Disziplinen gebraucht werden, weil sie in der Lage sind, innovative Lösungen für die aufgezeigten Herausforderungen zu entwickeln und in die Umsetzung zu bringen. Die vorgelegten Empfehlungen zielen daher zuvorderst auf die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplinen, insbesondere den Auf- und Ausbau der Forschung und von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen. Zugleich muss es Ziel sein, neben wissenschaftlichen Karrierewegen, auch attraktive Karriereoptionen für alle Gesundheitsfachpersonen aufzuzeigen und zu entwickeln, damit diese länger in ihrem Beruf verbleiben und ihre Kompetenzen in patienten- bzw. klientennahen Aufgaben in der Versorgungspraxis einsetzen.

Sowohl dem Bund als auch den Ländern kommt im selbstverwalteten, föderal geprägten Gesundheitssystem eine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung zu. Der Wissenschaftsrat ist sich der Komplexität seiner Empfehlungen, die zudem unterschiedliche Systeme berühren – das der Wissenschaft, der Gesundheit, der Bildung und des Arbeitsmarkts – bewusst. Aufgrund der vielfältigen Interdependenzen sowie der Vielzahl und Unterschiedlichkeit der beteiligten Akteure bedarf es ressort- und ebenenübergreifender Abstimmungsprozesse. Gefordert sind dabei nicht nur die Hochschulen und die politischen Entscheidungsträger auf Bundes- und Länderebene, sondern auch die für die Integration in die Berufsfelder Verantwortlichen im Gesundheits- und Sozialsystem. Der Wissenschaftsrat legt seine Empfehlungen zu einem Zeitpunkt vor, an dem die öffentlichen Haushalte von Bund und Ländern akut und perspektivisch stark belastet sind. Die zur Verfügung stehenden Mittel berücksichtigend, sind die Implikationen der Empfehlungen daher in eine längere Perspektive zu setzen. Gleichwohl sieht der Wissenschaftsrat insbesondere die Klärung von Finanzierungsfragen wie auch von rechtlichen und strukturellen Fragen als dringlich an, um die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplinen entscheidend voranbringen zu können. Im Folgenden werden die wichtigsten Empfehlungen unter finanziellen, rechtlichen und strukturellen Aspekten zusammengefasst.

Der Wissenschaftsrat selbst behält sich vor, nach zehn Jahren den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen im Rahmen einer systematischen Nachverfolgung zu prüfen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen auszusprechen.

Finanzielle Aspekte

Insbesondere Finanzierungsfragen stellen nicht nur auf Ressortebene der Politik (Gesundheit, Wissenschaft/Bildung, Soziales) sowie zwischen Bund und Ländern ein komplexes Verflechtungsmuster dar, sondern berühren (z. B. über das Krankenhausfinanzierungsgesetz) auch die Sozialversicherungsträger bzw. die beteiligten Institutionen nach SGB V, SGB VIII und SGB XI u. w. m. Oftmals gestalten sich Fragen der Finanzierung auch deshalb komplex, weil es um eine Verlagerung

von Ausbildungsaktivitäten aus dem schulischen in den hochschulischen Bereich geht. Gegenstand ist also auch die Frage, ob dadurch ggf. die an einigen Stellen eingesparten Mittel verlagert werden könnten. Die Gewährleistung der weiteren hochschulischen Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe kann daher nur unter Einbeziehung aller relevanten Akteure gelingen. Dazu ist angesichts der Bedeutung für die gesamte Gesellschaft die parallele Erarbeitung von geeigneten übergreifenden Finanzierungskonzepten geboten.

Klärungsbedarf besteht auch hinsichtlich der Finanzierung der Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung. Aus Sicht des Wissenschaftsrats sind diese für den Prozess der wissenschaftlichen Disziplinenbildung von entscheidender Bedeutung, weil gerade im Sektor der HAW/FH viele sehr kleine Einheiten entstanden sind, die sich geeignet vernetzen müssen, wenn die Disziplinenbildung beschleunigt werden soll. Diese benötigen eine angemessene Finanzierung – unabhängig von Drittmittel-Einwerbungen – mit Dauerstellen und verlässlichen Strukturen. Eine Anschubfinanzierung könnte diesen Prozess unterstützen. Mit Blick auf den gesellschaftlichen Nutzen für die Versorgung und die dafür dringend erforderliche Disziplinenbildung empfiehlt der Wissenschaftsrat, alle Möglichkeiten der Finanzierung dieser Zentren zu prüfen und auszuschöpfen.

Weiterhin ist die Bereitstellung neuer, ggf. auch die Umwandlung bestehender, Studienplätze mit Kosten verbunden. In den vorliegenden Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat aufgezeigt, wie die Konsolidierung der bereits eingerichteten Studiengänge und ein weiterer Ausbau der Studienplätze realisiert werden können. In der Pflegewissenschaft gilt es in einem ersten Schritt zunächst, eine bessere Auslastung der bestehenden Studienplätze durch Anpassung der Rahmenbedingungen zu erreichen. Darüber hinaus empfiehlt der Wissenschaftsrat auch eine Ausweitung der Studienplätze, um überhaupt in einen Bereich einer Akademisierungsquote zu kommen, die einen merklichen Unterschied in der Versorgungspraxis ausmachen kann. Hinsichtlich der Therapiewissenschaften zeigt sich ein etwas anderes Bild; die bestehenden Akademisierungsquoten sind zum Teil deutlich höher; der Wissenschaftsrat plädiert auch hier für eine Konsolidierung und einen weiteren (zunächst behutsamen) Ausbau. Allerdings wird es notwendig sein, in geeigneten zeitlichen Abständen zu prüfen, ob das Nebeneinander der verschiedenen Ausbildungssysteme gerade bei relativ kleinen Berufsgruppen tatsächlich ressourcenschonender und zielführender ist. |¹⁶³

|¹⁶³ Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Juni 2023 das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieses soll die derzeitigen Kosten der berufsfachschulischen und der hochschulischen Ausbildungen in den Berufen der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie erfassen und eine Gesamtkostenprognose der zukünftigen Ausbildung in diesen Berufen ableiten. Vgl. URL: <https://www.dki.de/forschungsprojekt/erstellung-eines-gutachtens-zur-ermittlung-der-kosten-der-ausbildungen-in-den-berufen-der-physiotherapie-der-ergotherapie-und-der-logopaedie-im-zuge-ihrer-novellierung-und-neuordnung>, zuletzt abgerufen am 16.08.2023.

- 84 Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die Finanzierung der jeweiligen Disziplinentwicklung in den Pflege-, Therapie und Hebammenwissenschaften und der damit verbundenen Studienangebote einer Klärung bedarf. Diese Klärung wird nur auf der Grundlage eines gemeinsam festgestellten Handlungsbedarfs möglich sein. Für diesen Handlungsbedarf geeignete fachlich fundierte Empfehlungen zu unterbreiten, sieht der Wissenschaftsrat als seine Aufgabe an.

Rechtliche Aspekte

Die Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen ist komplex. Der Bund gestaltet mit seinen Berufsgesetzen und anderen Gesetzen (z. B. Krankenhausfinanzierungsgesetz) und diesbezüglichen Verordnungen zugleich die Rahmenbedingungen des Studiums mit, an die die Länder gebunden sind. Unmittelbar mit der rechtlichen Umsetzung der Reformen verbunden ist die Frage ihrer Finanzierung (siehe vorherigen Abschnitt „Finanzielle Aspekte“).

Zuvorderst sollten durch die Reformierung bzw. Anpassung der Berufsgesetze durch den Bund die notwendigen rechtlichen Grundlagen für die Konsolidierung und den Ausbau primärqualifizierend-dualer Studienangebote (vgl. C.IV) geschaffen werden. Dies gilt insbesondere für die Therapieberufe, für die die Modellphase 2024 endet.

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag von 2021 bereits einige Weichenstellungen definiert, die es nun umzusetzen gilt. Hierzu zählt das geplante Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG). |¹⁶⁴ Auch in den Therapieberufen sind zeitnah Reformen der Bundesgesetze erforderlich.

Gesetzlich sollte auch bereits berücksichtigt werden, wie die Personen mit Masterqualifikation oder Promotion in das System eingepasst werden können. Entsprechend ergeben sich dann auch Änderungsbedarfe in anderen Regelungsbereichen (Haftungs- und Leistungsrecht).

Die Erfahrungen aus der *HQGplus*-Studie zeigen, dass sich Erhebungen in längeren Zeitintervallen überaus aufwändig gestalten und große Probleme hinsichtlich der Anschlussfähigkeit mit sich bringen, wenn die Daten nicht standardisiert in einem geeigneten Format erhoben und regelmäßig an die statistischen Ämter übermittelt werden. Erforderlich ist daher für alle Gesundheitsfachberufe gleichermaßen ein kontinuierliches Monitoring, in dem angelehnt an die *HQGplus*-Studie regelmäßige statistische Datenerhebungen zu patienten- bzw. klientennahen

|¹⁶⁴ Vgl. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegestudiumstaerkungsgesetz-pflstudstg.html>; siehe auch URL: <https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-st%C3%A4rkung-der-hochschulischen-pflegeausbildung-zu-erleichterungen-bei-der/300143?term=Pflegestudiumst%C3%A4rkungsgesetz&f.wahlperiode=20&rows=25&pos=2>

Studiengängen durchgeführt werden (Studienformate, Studierende, Absolventinnen und Absolventen). Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass für die Pflege im Kontext der wissenschaftlichen Begleitung der Einführung der neuen Pflegeausbildungen entsprechende Erhebungen zu den Pflegestudiengängen bereits erfolgen. |¹⁶⁵ Eine Erweiterung bzw. Ergänzung dieses Monitorings sollte auch für die Hebammen und die Therapieberufe erfolgen und in den entsprechenden Berufsgesetzen verankert werden. Zu definieren ist dabei der Prozess (regelmäßige Ausschreibung zu Untersuchungen von bestehenden Datensätzen aus verschiedenen Bereichen, z. B. zu Schulabgängern, Berufsschulen, Hochschulen, Personen im Gesundheitswesen etc.), um Berichterstattungen zu den Gesundheitsberufen sowie Analysen zur Versorgungssicherheit durchführen zu können.

Strukturelle Aspekte

Auf die Empfehlung, Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung einzurichten, wurde bereits oben eingegangen (siehe Abschnitt „Finanzielle Aspekte“).

Auf Hochschulebene sollten die Einrichtung von klinischen Professuren der Gesundheitsfachberufe weiter erprobt und in die Umsetzung gebracht werden und dies sowohl an HAW/FH als auch an Universitäten/Universitätsmedizin. Hier bieten sich zunächst die Standorte an, die bereits über ein akademisch ausgerichtetes Krankenhaus verfügen. Zudem sollte die Möglichkeit der Einrichtung von klinischen Professuren der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften mit direktem Zugang zur klinischen Versorgung auch an anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung geprüft werden. So bestehen insbesondere an HAW/FH vielfältige Kooperationen mit Praxiseinrichtungen

Mit Blick auf die Forschungsförderung sollten Maßnahmen in Betracht gezogen werden, die die Beteiligung der neu entstehenden Disziplinen an einschlägigen Forschungsprogrammen befördern. Wenn beispielsweise Versorgungsformen im ländlichen Raum erforscht werden, ist naheliegend, hieran auch diese Disziplinen in leitenden Funktionen zu beteiligen. Die Förderer sind aufgerufen, dies in ihre Regularien umzusetzen.

Vonnöten ist zudem die Entwicklung von beruflichen Zielpositionen und Karrierewegen in der Versorgung sowie eine ausbildungs- und leistungsgerechte Vergütung von akademisch qualifizierten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe

|¹⁶⁵ Das BIBB führt gemäß § 60 Abs. 6 Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) ein Monitoring zu den beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen durch. Darin enthalten ist auch der Aufbau eines Pflege-Panels, bestehend aus Ausbildungsbetrieben, Pflegeschulen und Hochschulen. Vgl. URL: <https://www.bibb.de/de/127032.php>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

86 (siehe B.II), damit sich Einsatzfelder in der Praxis herausbilden können. Hierzu sind Gespräche mit Kostenträgern und Leistungserbringern erforderlich. | ¹⁶⁶ Einige Krankenhäuser bzw. Kostenträger des Gesundheitssystems haben bereits erkannt, dass sich dadurch auch die Attraktivität als Arbeitgeber für die dringend benötigten Fachpersonen im Krankenhaus oder in anderen Einrichtungen steigern lässt.

| ¹⁶⁶ Vgl. hierzu Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023). Vereinbarungstext Ergebnis der Konzierten Aktion Pflege/AG 1, S. 14. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023-135566>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

C. Anhang

C.1 ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSVORSOR- GUNG

I.1 Demografische und epidemiologische Veränderungen

Der demografische Wandel zählt ohne Zweifel zu den zentralen Herausforderungen, denen das Gesundheitssystem in Deutschland heute und in den kommenden Jahrzehnten gegenübersteht und zu dessen Bewältigung neben der Gesundheitspolitik insbesondere auch die Wissenschaftspolitik einen Beitrag leisten muss.

Trotz leichter Abschwächung des Anstiegs der Lebenserwartung aufgrund der Corona-Pandemie |¹⁶⁷ bleibt es bei einem raschen Voranschreiten der demografischen Alterung. So wird der Anteil der Menschen über 67 Jahre von 20 % im Jahr 2020 auf 24 % im Jahr 2035 steigen. Der demografische Wandel, hier die Zunahme des Anteils älterer Menschen, wird dabei regional sehr unterschiedlich ausfallen. So wird für die ostdeutschen Bundesländer mit 28 % älterer Menschen ab 67 Jahren ein weitaus höherer Anteil prognostiziert als für die Stadtstaaten (18 %).

Für die Gesundheitsversorgung bedeuten der steigende Anteil und die steigende Anzahl älterer Menschen einen erhöhten Bedarf an medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Versorgung. So steigt mit zunehmendem Alter der Anteil pflegebedürftiger Menschen an der gleichaltrigen Bevölkerung kontinuierlich an. Laut Demografie-Portal |¹⁶⁸ beträgt die Pflegequote der 70- bis 74-Jährigen noch knapp unter 10 %, bei den 85- bis 89-Jährigen bereits über 50 % und bei den über 90-Jährigen sind 70 % der Männer und 87 % der Frauen pflegebedürftig.

|¹⁶⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2021a.

|¹⁶⁸ Vgl. URL: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegequote-alter.html>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

88 Zudem nehmen mit dem Alter chronische Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit sowie Mehrfacherkrankungen zu. Die Ergebnisse des gemeinsam von Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt durchgeführten Projekts „BURDEN 2020“ |¹⁶⁹ zeigen, dass die Krankheitshäufigkeit für die meisten Erkrankungen zunächst mit dem Alter moderat ansteigt, sich diese Entwicklung jedoch ab etwa 65 Jahren deutlich beschleunigt. Dieser Effekt ergibt sich bei einem zusammengefassten Betroffenheitsindex über 16 Erkrankungen. |¹⁷⁰

Die aktuelle Global Burden of Disease-Studie 2019 |¹⁷¹ gibt des Weiteren Hinweise darauf, dass die Alterung der Bevölkerung mit einer Verschiebung der Krankheitslast |¹⁷² einhergeht. So sind die meisten DALYs (disability adjusted life years) in Ländern mit einem hohen soziodemografischen Index (SDI) |¹⁷³ nicht mehr auf vorzeitige Mortalität zurückzuführen, sondern auf den Verlust funktionseller Gesundheit, bedingt vor allem durch Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen sowie durch Hör- und Sehverlust.

Der erhöhte Bedarf an gesundheitlicher Versorgung im Alter schlägt sich auch in den Kosten im Gesundheitswesen |¹⁷⁴ nieder; im Jahr 2015 beispielsweise entfielen von den insgesamt 338 Mrd. Euro aller laufenden Krankheitskosten

|¹⁶⁹ Im Projekt BURDEN 2020 wird der Ansatz der Krankheitslastberechnung aus der internationalen Studie Global Burden of Disease (GBD) auf Deutschland übertragen. Vgl. URL: https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2021/index_24277.html, zuletzt abgerufen am 26.07.2023.

|¹⁷⁰ Vgl. Pressemitteilung des wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido) 2021, URL: <https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2021/krankheitslage/>, zuletzt abgerufen am 11.08.2023.

|¹⁷¹ Vgl. GBDV Collaborators 2020.

|¹⁷² Das Konzept der Krankheitslast misst die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Es berücksichtigt sowohl die Auswirkungen einer Erkrankung aufgrund frühzeitigen Versterbens (Mortalität) als auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch diese Erkrankung (Morbidität). Im Burden of Disease-Ansatz wird die Krankheitslast charakterisiert durch die Summe aus den verlorenen Lebensjahren durch vorzeitigem krankheitsbedingtem Versterben (YLL) und den Lebensjahren, die mit gesundheitlichen Einschränkungen durch eine Krankheit oder Behinderung verlebt wurden (YLD). Die Summe der vorzeitig verlorenen und gesundheitlich eingeschränkten Lebensjahre wird ausgedrückt in DALY (disability adjusted life years) (Vgl. URL: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/modellierung/krankheitslast/index.html, zuletzt abgerufen am 26.07.2023; vgl. Breitzkreuz et al. 2021).

|¹⁷³ Der SDI setzt sich zusammen aus dem Bruttoinlandsprodukt pro Person, die durchschnittliche Anzahl der Schuljahre der Personen über 25 Jahre sowie die Fertilitätsrate von Frauen unter 25 Jahren.

|¹⁷⁴ Im Folgenden wird – der Definition in der amtlichen Statistik folgend – zwischen „Krankheitskosten“ und „Gesundheitsausgaben“ unterschieden. Investive Kosten werden lediglich in den Gesundheitsausgaben, nicht jedoch in den Krankheitskosten abgebildet. Die begriffliche Unterscheidung ist nötig, weil Angaben zu Krankheitskosten und die Gesundheitsausgaben in unterschiedlich aggregierter Form vorliegen. So können die Krankheitskosten altersspezifisch angegeben werden, während dies für die Gesundheitsausgaben nicht möglich ist. Für die Definitionen und die Erhebungsmethodik: vgl. Statistisches Bundesamt 2011.

168,4 Mrd. Euro auf die Gruppe derjenigen, die 65 Jahre und älter waren. Dies entspricht knapp der Hälfte der Kosten (49,8 %). Betrachtet man überdies die altersspezifische Verteilung der Krankheitskosten nach Sektoren, so zeigt sich weiterhin das mit dem Alter ansteigende Risiko für Pflegebedürftigkeit. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich entfällt der bei weitem größte Teil der Kosten für Pflegeleistungen auf die Gruppe der Älteren und Hochaltrigen |¹⁷⁵ (vgl. auch Abbildung 8 und Abbildung 9 sowie Tabelle 1 im Anhang).

1.2 Gesellschaftliche Entwicklungen

Die Rahmenbedingungen familialen Lebens haben sich in den letzten Jahrzehnten entscheidend verändert: Klein- und Patchworkfamilien als vorherrschende Familienstruktur, eine steigende Zahl alleinlebender Personen, räumliche Distanz zwischen verschiedenen Generationen einer Familie aufgrund berufsbedingter Mobilität sowie eine steigende Erwerbsquote von Frauen führen zu einer Veränderung von Lebensverläufen und familiären Netzwerken, die eine Unterstützung im alltäglichen Leben für ältere und pflegebedürftige Angehörige und für Familien mit Kleinkindern oftmals erheblich erschweren. Hinzu kommt aufgrund von Migrationsbewegungen eine steigende Zahl von Personen, die nicht mit dem Gesundheitssystem vertraut sind und für die die derzeitige Struktur des Gesundheitssystems vielfache Barrieren für dessen Nutzung bedeutet. Die Folge ist ein zunehmender Bedarf an individualisierter und auch aufsuchender Versorgung im häuslichen Umfeld durch Pflegefachpersonen, Hebammen, Therapeutinnen und Therapeuten. Zusätzlich werden zukünftig eine Intensivierung kommunaler Maßnahmen sowie der Einsatz digitaler Technologien erforderlich sein, um den Zugang zu Versorgungs- und Beratungsleistungen sowie zur Notfallversorgung, insbesondere auch im ländlichen Raum, zu ermöglichen. |¹⁷⁶

Diese Entwicklungen verweisen auf die Notwendigkeit, das Gesundheitssystem heute schon stärker auf die Bedürfnisse und Bedarfslagen von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Behinderung, aber auch auf die Gesunderhaltung in den jeweiligen Lebensphasen auszurichten. Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen mit ihren Erkrankungen und deren körperlichen, psychischen und sozialen Folgen leben, sie ergreifen hierfür Bewältigungsstrategien und müssen diese aufgrund der oftmals wechselhaften Krankheitsverläufe immer wieder überprüfen und ggf. modifizieren. Nicht selten resultiert aus einer langjährigen chronischen Erkrankung Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Bedarfsgerechte Versorgung bedeutet vor diesem Hintergrund, dass während des gesamten Krankheitsverlaufs abgestimmte, umfassende und kontinuierliche Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen. Seit vielen

|¹⁷⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2017.

|¹⁷⁶ Vgl. Robert Bosch Stiftung 2020; Motel-Klingebiel, Wurm, Tesch-Römer 2010.

90 Jahren wird zur Sicherstellung der Versorgung chronisch Kranker eine intensivierte Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg gefordert. Neben einer medizinischen Versorgung benötigen die Betroffenen Versorgungsangebote der Pflege, der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung/Prävention. Vor allem Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus haben oftmals eine niedrige Gesundheitskompetenz, was bedeutet, dass ihnen entscheidende Informationen fehlen, um auf ihre gesundheitliche Situation bezogene Entscheidungen zu treffen, was eine Bewältigung zusätzlich erschwert. Den Gesundheitsfachberufen kommt bei der Versorgung der Menschen mit chronischen und multiplen Erkrankungen sowie einer Pflegebedürftigkeit insbesondere auch in der Primärversorgung eine zentrale Bedeutung zu.

1.3 Technische Entwicklungen

Digitalisierung und Technisierung werden die Gesundheitsforschung und -versorgung in den kommenden Jahren absehbar massiv verändern. Zu unterscheiden sind hier vor allem Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. Telekonsultationen, der Einsatz mobiler Endgeräte), intelligente und vernetzte Robotik und Technik (z. B. pflegenaher Robotik, Rehabilitationsrobotik) sowie vernetzte Hilfs- und Monitoringsysteme (z. B. zur Überwachung von Vitalparametern in der Kranken- und Altenpflege, zur Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter (Ambient Assisted Living)). |¹⁷⁷ Bereits in den vergangenen Jahren haben technische Hilfsmittel in Form von gerätegestützten Verfahren und telemedizinischen Anwendungen |¹⁷⁸ vermehrt Eingang in Pflegehandlungen und therapeutische Interventionen gefunden |¹⁷⁹ und zu einer Steigerung der Komplexität pflegerischer und therapeutischer Tätigkeiten geführt. Der Wissenschaftsrat sieht besonders im digitalen Wandel ein hochrelevantes Innovationsfeld für die Gesundheitsversorgung. |¹⁸⁰ Eine Studie aus dem Jahr 2019 kommt beispielsweise zu dem Ergebnis, dass Videosprechstunden in der Pflege von älteren Menschen mit wesentlichen Vorteilen verbunden sind: So ermöglicht der Einsatz von digitalen Kommunikations- und Austauschmöglichkeiten gerade für Menschen mit eingeschränkter Mobilität einen barrierefreien Zugang zu Fallmanagern sowie schnellere Rückmeldungen und erhöhen damit das Sicherheits-

| ¹⁷⁷ Vgl. DAA Stiftung Bildung und Beruf 2017.

| ¹⁷⁸ Unter telemedizinischen Anwendungen wird der „Einsatz von Telekommunikations- und Informationstechnologien im Rahmen der Erbringung medizinischer Leistungen zur Überwindung einer räumlichen Distanz zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt bzw. einem anderen Gesundheitsfachberuf sowie zwischen mehreren Ärztinnen und Ärzten/Gesundheitsfachberufen“ verstanden. URL: <https://www.telnet.nrw/telemedizin/>, zuletzt abgerufen am 26.07.2023.

| ¹⁷⁹ Vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 47f.

| ¹⁸⁰ Vgl. Wissenschaftsrat 2021, S. 45.

gefühl der zu Pflegenden. | ¹⁸¹ Künftig von Relevanz werden auch die im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) verankerten digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) sein. DiPAs können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion mit Angehörigen oder dem Pflegedienst genutzt werden. Sie können Pflegebedürftigen dabei helfen, ihren Alltag besser zu bewältigen. Ergebnisse eines Reviews legen nahe, dass Telerehabilitation, d. h. Online-Konsultationen, in der Physiotherapie positive klinische Ergebnisse liefern, die vergleichbar mit der konventionellen Behandlung sind. | ¹⁸² Interprofessionelle Versorgung vor dem Hintergrund des digitalen Wandels fordert sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Gesundheitsfachberufe, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Anwendungen stetig zu vertiefen sowie deren Wirkweisen und Änderungspotenziale zu verstehen. | ¹⁸³ Diese Zielrichtung verfolgt beispielsweise die Initiative des Landes Berlin „Pflege 4.0 – Made in Berlin“, die Hemmnisse bei der Entwicklung und Bereitstellung digitaler Lösungen identifiziert und nachhaltige Strukturen für die Potenzialentfaltung digitaler Lösungen in der Pflege schafft. | ¹⁸⁴

Noch zu wenig diskutiert wird im Feld der Gesundheitsfachberufe, zumindest in Deutschland, die digitale Transformation in der Gesundheitsforschung, -verwaltung und -versorgung und wie diese aktiv mitgestaltet werden kann. Von dieser Transformation sind diese Berufe aber nicht weniger betroffen als die Medizin. Der Wissenschaftsrat hat hierzu ein Positionspapier erarbeitet, das sich insbesondere damit befasst, wie die (auch technisch unterstützte) Nutzung von Gesundheitsdaten für Versorgung und Forschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Gesunderhaltung auf individueller wie gesamtgesellschaftlicher Ebene eingesetzt werden kann (siehe auch B.I.4). | ¹⁸⁵

I.4 Entwicklung des Personals im Gesundheitswesen

I.4.a Beschäftigtenzahl

Das Gesundheitswesen zählt zu den größten Branchen in Deutschland. Ob der künftige Versorgungsbedarf gedeckt werden kann, hängt entscheidend auch von der Anzahl des zur Verfügung stehenden Personals ab. Im Jahr 2021 belief sich die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen auf 6 Mio. Im Vergleich zum Vorjahr ist sie um 168 Tsd. (2,87 %), im Vergleich zum Jahr 2012 um 942 Tsd.

| ¹⁸¹ Vgl. Schmidt et al. 2019.

| ¹⁸² Vgl. Suso-Martí, La Touche, Herranz-Gómez et al. 2021.

| ¹⁸³ Vgl. URL: <https://www.bundesärztekammer.de/aerzte/gesundheitsfachberufe/konferenz-der-fachberufe/juni-2021/>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

| ¹⁸⁴ Vgl. Bundesärztekammer 2021.

| ¹⁸⁵ Vgl. Wissenschaftsrat 2022b.

92 (18,58, %) gestiegen. |¹⁸⁶ Hervorzuheben ist insbesondere die Anzahl der Beschäftigten in der Altenpflege mit einem Anstieg seit dem Jahr 2012 |¹⁸⁷ um 40 %. Der Anstieg der Beschäftigtenzahl in der Gruppe der „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe“ betrug 21,1 %, in der Gruppe „Nicht-ärztliche Therapien und Heilkunde“ 14,5 %. Die Gruppen der „Arzt- und Praxishilfen“ und „Human- und Zahnmedizin“ (Ärztinnen und Ärzte) folgen mit 19,2 % bzw. 17 %.

Die zahlenmäßig größte Beschäftigtengruppe des Gesundheitswesens [VZÄ jeweils in Klammern] stellen nach wie vor die Pflegeberufe dar. Den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege (inkl. Berufe im Rettungsdienst, in der Geburtshilfe und operations-/med.-techn. Assistenz |¹⁸⁸) wurden im Jahr 2021 rund 1,2 Mio. Beschäftigte zugerechnet, dies sind 19,6 % [19,9 %] aller Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung; der Anteil der Beschäftigten in der Altenpflege belief sich mit 703 Tsd. Personen auf 11,7 % [12,2 %]. Zusammengenommen gehörten mit 31,3 % [32,1%] nahezu ein Drittel der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung den Pflegeberufen (inkl. Berufe im Rettungsdienst, in der Geburtshilfe und operations-/med.-techn. Assistenz) an.

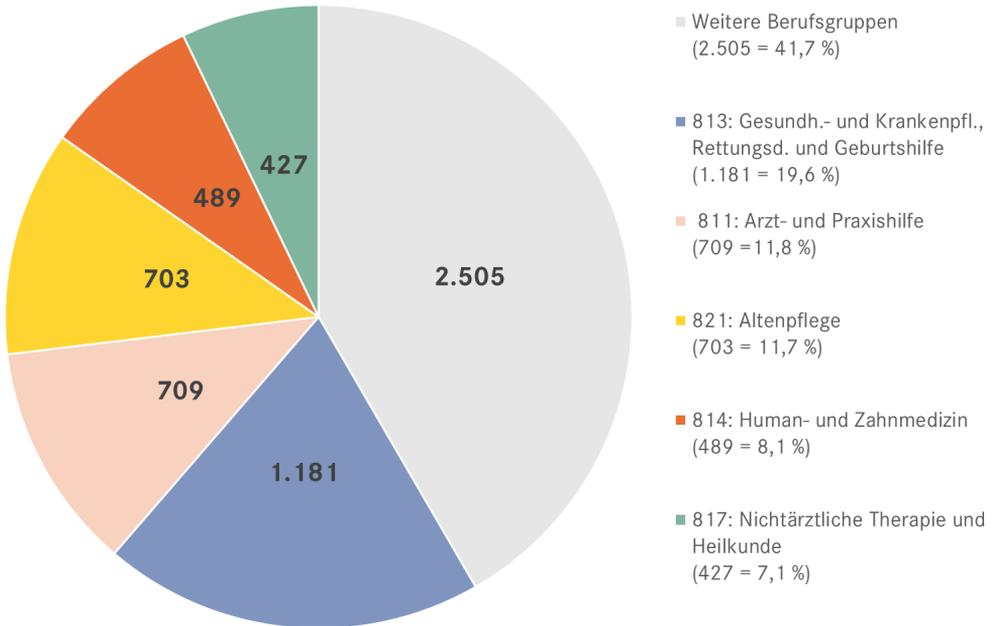
Die Beschäftigten aus dem Bereich der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde stellen zusammengefasst einen Anteil von 7,1 % [6,8 %] der Beschäftigten im Gesundheitswesen dar. Die mit Abstand größte Berufsgruppe in der Gruppierung „Nichtärztliche Therapie und Heilkunde“ bilden die Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit 4,1 % [3,9 %] aller Beschäftigten im Gesundheitswesen. Abbildung 2 zeigt die Anteile aller Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Berufsgruppen (sog. „3-Steller“ |¹⁸⁹).

|¹⁸⁶ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitspersonalrechnung, URL: <https://www.gbe-bund.de/stichworte/GESUNDHEITSPERSONALRECHNUNG.html>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

|¹⁸⁷ Nach Berufen werden die Beschäftigten ab dem Berichtsjahr 2012 auf Grundlage der Berufsklassifikation „KldB 2010“ veröffentlicht. Bisher wurden in der Gesundheitspersonalrechnung die Beschäftigten nach Berufen auf Grundlage der Berufsklassifikation „KldB 92“ dargestellt. Weil es sich bei der KldB 2010 um eine vollständig neu konzipierte Berufsklassifikation handelt, war eine Revision der gesamten Zeitreihe des Gesundheitspersonals nach Berufen nicht möglich. Beschäftigtenzahlen nach Berufen sind vor und ab dem Berichtsjahr 2012 nicht vergleichbar.

|¹⁸⁸ Berufe im Rettungsdienst: 95.000 Beschäftigte; Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege: 27.000 Beschäftigte; Berufe operations-/med.-techn. Assistenz: 20.000 Beschäftigte.

|¹⁸⁹ Die Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) ist als hierarchische Klassifikation mit fünf numerisch verschlüsselten Gliederungsebenen aufgebaut. Die Systematik enthält auf den jeweiligen Ebenen: 10 Berufsbereiche (1-Steller), 37 Berufshauptgruppen (2-Steller), 144 Berufsgruppen (3-Steller), 700 Berufsuntergruppen (4-Steller), 1.286 Berufsgattungen (5-Steller) (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011).



Weitere Berufsgruppen:

- 831: Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege (48 = 0,8 %)
- 825: Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik (159 = 2,6 %)
- 822: Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness (20 = 0,3 %)
- 818: Pharmazie (178 = 3,0 %)
- 816: Psychologie und nichtärztliche Psychotherapie (54 = 0,9 %)
- 812: Medizinisches Laboratorium (115 = 1,9 %)
- 733: Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste (7 = 0,1 %)
- 732: Verwaltung (94 = 1,6 %)
- 624: Verkauf drogerie- und apothekenüblicher Waren, Medizinbedarf (60 = 1,0 %)
- Andere Berufe (1.770 = 29,4 %)

Quelle: Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.

Der Zuwachs an Personal lässt sich in allen Versorgungseinrichtungen nachweisen, wobei der prozentual stärkste Anstieg seit 2012 im Bereich der ambulanten Pflege mit 45,2 % [51,0 %] zu verzeichnen ist.

I.4.b Anteil weiblicher Beschäftigter

Nach wie vor wird informelle Sorgearbeit, Betreuung und Erziehung von Kindern sowie Pflege von Angehörigen überwiegend von Frauen geleistet. Aufgrund dieser gesellschaftlich traditionellen Zuweisung wurden auch die SAHGE-

94 Berufe | ¹⁹⁰ historisch als Frauenberufe institutionalisiert. | ¹⁹¹ Nach wie vor sind auch heute in der Gesundheitsversorgung überwiegend Frauen beschäftigt. In den Jahren 2012 bis 2021 bewegte sich der Anteil der weiblichen Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung zwischen 75,0 % und 75,8 %. Auffällig ist, dass in den sorge- und assistenzbezogenen Berufen der Frauenanteil unverändert und überdurchschnittlich hoch ist.

I.4.c Teilzeitbeschäftigte

Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten lag 2021 im Gesundheitswesen bei 53,8 % (Berufe insgesamt). | ¹⁹² Besonders hoch war der Anteil an Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten in der Altenpflege. Dieser lag bei 63,2 % (74,0 % auf dem Level „Helfer“). Einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten wiesen auch die Berufe in der Ergotherapie (61,5 %), Geburtshilfe und Entbindungspflege (63,0 %), der Physiotherapie (55,3 %) und der Sprachtherapie (53,1 %) auf. Im Vergleich dazu lag der Anteil der teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzte mit 28,6 % weit unter dem Durchschnitt.

I.4.d Altersstruktur

Im europäischen Vergleich erweist sich die Entwicklung der Altersstruktur der Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen als besonders ungünstig (vgl. Abbildung 5). So zeigt eine Studie des Instituts für Wirtschaft u. a., dass die Zahl der 20- bis 64-Jährigen im Jahr 2030 um 11,2 % niedriger liegen wird als im Jahr 2020, während im europaweiten Durchschnitt lediglich ein Rückgang von 6,2 % zu erwarten ist. Für die Fachkräftesicherung bedeutet dies, dass viele der aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Beschäftigten nicht mehr durch Nachwuchskräfte ersetzt werden könnten. | ¹⁹³

I.4.e Fachkräftemangel, -engpass und Arbeitszufriedenheit

2012 gelangte der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen noch zu dem Schluss, dass sich kein genereller Fachkräftemangel in den Pflegeberufen ableiten ließe. Entscheidend für die Frage nach den künftig erforderlichen personellen

| ¹⁹⁰ SAHGE: **S**oziale **A**rbeit, **H**aushaltsnahe Dienstleistungen, **G**esundheit und **P**flege, **E**rziehung.

| ¹⁹¹ Vgl. Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. 2017.

| ¹⁹² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitspersonalrechnung, URL: <https://www.gbe-bund.de/stichworte/GESUNDHEITSPERSONALRECHNUNG.html>, zuletzt abgerufen am 25.07.2023.

| ¹⁹³ Vgl. Geis-Thöne 2021.

Ressourcen sei der durch den demografischen und epidemiologischen Wandel sowie den medizinischen Fortschritt entstehende Mehrbedarf an Versorgungsleistungen. Inzwischen weisen aktuelle Publikationen auf der Basis der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit nicht nur auf bestehende Engpässe in den Gesundheits- und Pflegeberufen hin, sondern prognostizieren auch sich weiter verschärfende Verknappungen. |¹⁹⁴ In der Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Geburtshilfe sowie Altenpflege bestehen hohe Vakanzzahlen.

Angesichts eines sich zuspitzenden Fachkräfteengpasses kommt der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen besondere Bedeutung zu. Studien zum Magnet-Programm des American Nurses Credentialing Center (ANCC) konnten zeigen, dass Krankenhäuser mit einer professionellen und unterstützenden Umgebung für Pflege nicht nur sehr gute Patientenoutcomes erzielen, sondern bei den Pflegenden eine höhere Berufszufriedenheit, geringere Burnoutraten und geringere Tendenzen, den Arbeitsplatz zu verlassen, aufweisen. |¹⁹⁵ Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Personalausstattung und Personalzusammensetzung an den Krankenhäusern über die vergangenen 25 Jahre, so zeigt sich eine Entwicklung, die für das Pflegepersonal, gerade im Vergleich mit dem ärztlichen Personal, höchst unbefriedigend ist (vgl. Abbildung 3 sowie Abbildung 6 und Abbildung 7) und dazu geführt hat, dass für die pro Pflegekraft zu betreuenden Fälle ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten ist. |¹⁹⁶ Die gesunkene Zahl der Belegungstage führt bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung und Fallzahlerhöhung zu einer Arbeitsverdichtung, da pro Tag mehr pflegerische Handlungen durchzuführen sind. |¹⁹⁷ Von den Berufsverbänden wird daher eine leistungs- und verantwortungsgerechte Vergütung von Pflegefachpersonen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegefachberufs gefordert.

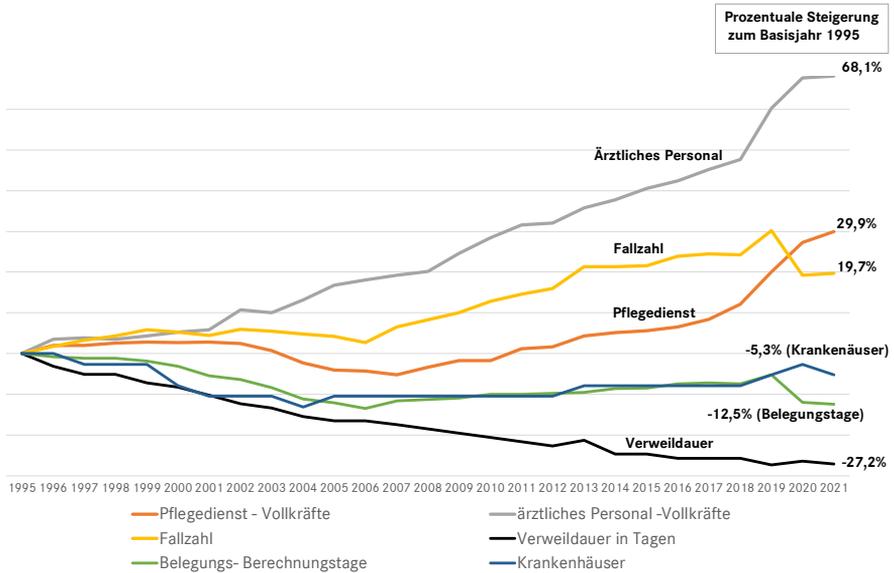
|¹⁹⁴ Vgl. Bonin 2019; Augurzky, Kolodziej 2018.

|¹⁹⁵ Vgl. Kelly, McHugh, Aiken 2011.

|¹⁹⁶ Vgl. Geraedts 2017.

|¹⁹⁷ Vgl. Ebd. S. 93.

96 **Abbildung 3: Entwicklungen in den Universitätskliniken (prozentuale Veränderungen 1995 bis 2021)**



Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1 – 1995–2021, Wiesbaden 2023.

Eine hohe Arbeitsbelastung im Verhältnis zum Gehaltsniveau wird für Hebammen als wesentlicher Grund für hohe Vakanzen angeführt. Der IGES-Studie |¹⁹⁸ von 2019 zufolge sind die in Krankenhäusern tätigen Hebammen hinsichtlich zahlreicher Bereiche mit ihrer Arbeit nur wenig zufrieden. Unter anderem wurden folgende Aspekte aufgeführt:

- _ Für mehr als drei Viertel (77 %) der angestellt tätigen Hebammen war die Arbeitszeit (deutlich) höher als gewünscht und fast die Hälfte (48 %) war (sehr) unzufrieden mit den gegebenen Möglichkeiten zum Überstundenabbau.
- _ Knapp die Hälfte (47 %) der Hebammen war (sehr) unzufrieden mit der Anzahl der im Krankenhaus beschäftigten Hebammen, 41 % mit der Anzahl des Servicepersonals (Reinigung, Verwaltung, Hol-/Bringdienste) und 40 % mit der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus.
- _ Unzufriedenheit lässt sich auch in Bezug auf die Anerkennung der eigenen Arbeit (42 % der Hebammen), auf die Arbeitsbedingungen (39 %) und auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (33 %) feststellen.
- _ Mehr als die Hälfte (55 %) der Hebammen empfand die Zeitdauer, die ihnen für eine adäquate Betreuung der Frauen in der Geburtsklinik bleibt, als zu gering.

|¹⁹⁸ Vgl. IGES-Institut 2019.

Dies sei für die Hebammen ein entscheidender Faktor für eine Reduzierung ihres Beschäftigungsumfangs im Krankenhaus, oftmals verbunden mit einer gleichzeitigen Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Therapieberufe an Attraktivität verlieren und es infolge dessen vermehrt zu vorzeitigen Ausstiegen aus dem Beruf kommt. |¹⁹⁹ Als Gründe für die mangelnde Zufriedenheit mit dem Beruf und für den Berufsausstieg werden genannt:

- _ Unzufriedenheit mit dem Gehalt;
- _ mangelnde berufliche Perspektiven: mangelnde Aufstiegschancen, begrenzte persönliche und fachliche Entwicklungsmöglichkeiten;
- _ zunehmende Bürokratisierung;
- _ Arbeitsbedingungen: hochschulisch erworbene Kompetenzen inklusive selbständigem, evidenzbasiertem Arbeiten sind nur in geringem Maße einsetzbar;
- _ Faktor Zeit: Behandlungszeit, Patiententaktung, Arbeitszeit inkl. Überstunden.

Angesichts der zunehmenden Herausforderungen der Fachkräftesicherung in Deutschland hat die Bundesregierung im Oktober 2022 eine neue Fachkräftestrategie beschlossen. Zu den prioritären Handlungsfeldern zählen eine zeitgemäße Ausbildung, gezielte Weiterbildung, Hebung der Arbeitspotenziale, Verbesserung der Arbeitsqualität und eine moderne Einwanderungspolitik mit einer Reduzierung der Abwanderung. In den Gesundheitsfachberufen und speziell in der Pflege, sollen eine modernisierte und attraktivere Ausbildung einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Erweiterung der Fachkräftebasis leisten.

Gerade die COVID-19-Pandemie hat den Fachkräftebedarf in den Heil- und Pflegeberufen deutlich gemacht und gezeigt, dass innovative Lösungen notwendig sind, um personelle gesundheitliche Versorgungsstrukturen zu stärken. |²⁰⁰ Die Entschließung der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen zur Fachkräftegewinnung zeigt Rahmenbedingungen, zukünftige Arbeitsmodelle und

|¹⁹⁹ Vgl. Schwarzmann et al. 2018. Siehe auch <https://www.hs-fresenius.de/symposium-therapiewissenschaften/>, zuletzt abgerufen am 26.07.2023. Die Studie umfasst die Antworten von 433 Logopädinnen und Logopäden, 306 Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 245 Ergotherapeutinnen und -therapeuten, vgl. URL: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG-Forschungsbericht_Homepage.pdf, zuletzt abgerufen am 26.07.2023. Die Initiative „Therapeuten am Limit“ übergab 2018 ca. 1.000 Protestbriefe von Physiotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich ihrer Arbeitssituation an den Bundesgesundheitsminister. Eine nachträgliche qualitative Auswertung der Zuschriften macht vor allem das wahrgenommene Missverhältnis zwischen mangelnden Versorgungsstrukturen einerseits und dem sich verändernden Therapiebedarf andererseits deutlich; vgl. auch Höppner, Beck 2019.

|²⁰⁰ Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: 2021b.

1.5 Ambulantisierung

Es ist eine zunehmende Verlagerung stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in den ambulanten Bereich zu beobachten. |²⁰² Diese wird durch medizinische Innovationen (vgl. C.I.3) ermöglicht sowie durch wettbewerbliche Anreize im Versorgungssystem befördert (vgl. C.I.6) und zeigt sich in kürzeren Verweildauern im stationären Versorgungsbereich (vgl. Abbildung 3). Mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ möchte die Bundesregierung Pflegebedürftigen ermöglichen, auch langfristig in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld versorgt zu werden. Die Pflege im häuslichen Bereich ist dabei eine gesellschaftliche Notwendigkeit, um langfristig den Pflegebedarf in Deutschland decken zu können. Hierzu stärkt der Gesetzgeber die finanzielle Unterstützung bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (§ 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege). Die deutliche Entwicklung/Tendenz zur Ambulantisierung der Versorgung hat dabei weitreichende Folgen:

- Die Anzahl der ambulant zu versorgenden Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten nimmt (infolge sinkender Krankenhausaufenthalts-tage) zu. Dies lässt sich am Beispiel Schlaganfall verdeutlichen: Drei Monate nach einem Schlaganfall leben ca. 70 % der überlebenden Personen unabhängig Zuhause, benötigen aber gegebenenfalls therapeutische und pflegerische Interventionen, 24 % der Schlaganfallpatientinnen und -patienten werden durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste versorgt und 6 % sind dauerhaft auf Pflege in stationären Einrichtungen angewiesen. |²⁰³ Ein weiteres Beispiel ist die ambulante Versorgung tracheotomierter Patientinnen und Patienten mit und ohne Beatmung, deren Zahl innerhalb von zehn Jahren von 1.000 auf hochgerechnet 15.000 – 30.000 gestiegen ist. |²⁰⁴
- Insbesondere bei älteren und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten kann eine geringe Verweildauer dazu führen, dass deren Fähigkeiten nach einer komplexen stationären Behandlung ihren Lebensalltag selbständig zu bewältigen, eingeschränkt ist. Betroffene und Angehörige sind mit dieser Problematik oftmals überfordert. Konsequenzen dieser Entwicklung sind dann eine Unterversorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten mit dem Risiko von Komplikationen sowie wiederholte Krankenhauseinweisungen. Da eine

|²⁰¹ Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: 2021b.

|²⁰² Diese Entwicklung wird ggf. noch verstärkt, wenn die derzeit diskutierten Maßnahmen für eine Krankenhausstrukturreform im Bund und in den Ländern umgesetzt werden.

|²⁰³ Vgl. Heuschmann et al. 2010.

|²⁰⁴ Vgl. Rosseau et al. 2017.

ärztliche Behandlung nicht mehr indiziert ist und noch kein Pflegegrad vorliegt, hat diese Patientengruppe im jetzigen Versorgungssystem weder Anspruch auf Pflegeleistungen gem. SGB XI noch auf eine nachstationäre Behandlung gem. § 115 SGB V, noch Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen gem. SGB VI; letzteres, da der nahtlose Anschluss an Reha-Maßnahmen nicht gewährleistet werden kann. Dennoch weist diese Patientengruppe spezifische Pflegebedarfe auf, die unversorgt zur Destabilisierung der häuslichen Situation führen.

- _ Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und damit verbundene Versorgungsbrüche stellen ein gravierendes Problem dar. Insbesondere ist die ambulante pflegerische und therapeutische Versorgung in viel zu geringem Maße in Strukturen der Primärversorgung angebunden. Pflegerische und therapeutische Tätigkeiten und Interventionen, die chronisch erkrankte Menschen in ihrem Lebensalltag unterstützen und Selbstständigkeit fördern, z. B. in der Bewältigung von Mobilitätseinschränkungen oder von Inkontinenz, sind in der direkten Primärversorgung bisher nicht möglich.
- _ Die Komplexität der Versorgungsfälle im ambulanten Bereich steigt z. B. durch die ambulante Langezeitpflege von Patientinnen und Patienten mit Demenz und die Gewährleistung ihrer gesundheitlichen und sozialen Teilhabe sowie durch im häuslichen Umfeld beatmete Personen. |²⁰⁵
- _ Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen Deutschlands steht die ambulante Versorgung vor großen Herausforderungen. Dies gilt für die hausärztliche Versorgung wie auch für andere versorgungsrelevante Fächer und Berufsgruppen, |²⁰⁶ in denen ein Fachkräftemangel und/oder die (Im-)Mobilität multimorbider Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten wie auch Familien und deren Kinder eine wohnortnahe Vor-Ort-Versorgung verhindern.
- _ Die steigenden ambulanten Versorgungsbedarfe erfordern kurzfristig neue Versorgungslösungen wie Telemedizin, Teletherapie und Telerehabilitation, um entstehende Versorgungsgengpässe zumindest teilweise auffangen zu können. Die Verstetigung der während der Corona-Pandemie etablierten digital gestützten Versorgungsansätze könnten zu der Kontinuität der Gesundheits-

|²⁰⁵ Anlässlich der steigenden Zahlen häuslich versorgter Beatmungspatientinnen und -patienten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zusammen mit dem Bundesverband für Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) 2018 ein Versorgungs- und Vertragskonzept entwickelt, nach dem Patientinnen und Patienten betreut werden sollen, die Zuhause beatmet werden, vgl. URL: <https://www.kbv.de/html/33618.php>, zuletzt abgerufen am 26.07.2023.

|²⁰⁶ Vgl. Wissenschaftsrat 2021, S. 28 f.

versorgung im ambulanten Setting vor allem im ländlichen Raum und während der Corona-Pandemie beitragen. |²⁰⁷

– Um Antworten auf die veränderten Versorgungsbedarfe zu entwickeln, bedarf es sachgerechter neuer Konzepte mit aufeinander abgestimmten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bestandteilen, die ökonomisch erbracht und möglichst barrierearm genutzt werden können. Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung von 2021 sieht dazu die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung vor. Niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention sollen in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen errichtet und im ländlichen Raum die Angebote durch sogenannte Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen ausgebaut werden. Die Notfallversorgung ist in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern vorgesehen. Des Weiteren ist der Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle geplant und die ambulante, aufsuchende Geburtsvor- und -nachsorge soll für an Kliniken angestellte Hebammen ermöglicht werden. |²⁰⁸

– Notwendig wäre eine deutliche Differenzierung der ambulanten Angebote, nicht zuletzt aufgrund der Alterung der Gesellschaft und der (nicht nur) damit einhergehenden Zunahme chronischer Krankheiten und der Pflegebedürftigkeit. Die Verlagerung der Versorgung aus dem früher deutlich länger andauernden stationären Setting in die ambulante Versorgung ist zudem auch durch ambulante Angebote von Physio- und Ergotherapie oder Logopädie/Sprachtherapie zu ergänzen. Diesem höheren Versorgungsbedarf ist sowohl quantitativ wie konzeptionell zu entsprechen. Nicht vergessen werden darf die Enthospitalisierung der Versorgung von psychisch Kranken und Menschen mit Behinderung. Auf diese Patientengruppen müssen sich die Gesundheitsfachberufe ebenfalls spezialisieren.

1.6 Ökonomisierung

Seit längerem kontrovers diskutiert werden wettbewerbliche Anreize im Gesundheitssystem, die insbesondere im Rahmen der Finanzierung von Versorgungsleistungen gesetzt werden. Gerade mit Bezug auf die Krankenhäuser gibt es eine lebhaft und seit der COVID-19-Pandemie verstärkte Debatte über eine Ökonomisierung des Gesundheitssystems. |²⁰⁹ Im Kern steht die Frage, ob und inwieweit

|²⁰⁷ Die Studie „Teletherapie und Telemedizin in Deutschland“ deutet auf die Wirksamkeit sprachtherapeutischer Teletherapie bei neurologischen bedingten Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum hin und sieht in der Teletherapie eine Möglichkeit, die Versorgung im ambulanten Setting insbesondere im ländlichen Bereich zu verbessern. Vgl. Mörsdorf, Beushausen 2021.

|²⁰⁸ Vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP, 2021, S. 84-85.

|²⁰⁹ Vgl. Wissenschaftsrat 2021, S. 31ff.

sich ein solidarisch finanziertes, am Patientenwohl ausgerichtetes Gesundheitssystem mit Steuerungsmodellen verträgt, die mehr auf einen ökonomischen Wettbewerb zwischen den Marktteilnehmern setzen als auf eine nach normativen Vorgaben strukturierte und an Qualitätsaspekten orientierte Versorgung, beispielsweise durch mehr Zentralisierung und Konzentration von Leistungen oder eine gestufte Krankenhausstruktur. |²¹⁰ Mit der Orientierung an wirtschaftlichen Maßstäben, die in der öffentlichen Debatte oft auf das fallzahlorientierte Vergütungssystem für stationäre Leistungen (DRG-System) bezogen wird, werden hingegen eine Reihe nicht-intendierter, negativer Effekte in Verbindung gebracht, wie eine fortschreitende Arbeitsverdichtung im Bereich der Pflege, Verzerrungen in der Versorgung (z. B. die Zunahme operativer Eingriffe) oder die potenzielle Benachteiligung nicht-interventioneller Diagnose- und Therapieoptionen. |²¹¹ Kritisiert wird auch, dass die Anforderungen an komplexe Behandlungs- und Betreuungssituationen, die sich aus der Verschiebung des Krankheitsspektrums zu mehr chronischen Erkrankungen und psychischen / psychosomatischen Erkrankungen mit einer steigenden Zahl an multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigkeit ergeben, in den Fallpauschalen (DRG) nicht adäquat abgebildet sind. |²¹²

Weiterhin stellen die fehlenden Möglichkeiten, pflegerisch und therapeutisch in der Primärversorgung tätig zu werden, ein Defizit der derzeitigen Gesundheitsversorgung dar. Problemstellungen, die sich aus der Verschiebung des Krankheitsspektrums zu chronischen und multimorbiden Erkrankungssituationen bei geringer stationärer Verweildauer trotz bestehendem Unterstützungsbedarf in den wesentlichen Aktivitäten und Lebensbereichen ergeben, sind nicht gelöst.

Die Entscheidung über das Pflegegeschehen in der ambulanten Pflege ist ebenso in hohem Maße ökonomisch geprägt. Aufgrund eines sehr engen und auf Unterstützung bei Alltagsverrichtungen reduzierten Spektrums verfügbarer und refinanzierbarer Leistungen tritt die fachliche Beurteilung einer häuslichen Pflegesituation in den Hintergrund und die Entscheidung über die zu erbringenden Leistungen erfolgt aufgrund der vertraglich vorgesehenen Möglichkeiten zur Refinanzierung. Zu ärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im SGB V bestehen bundesweit sehr unterschiedliche Regelungen und Preise. Auch darin spielt die pflegfachliche Beurteilung keine Rolle und das Potenzial von pflegerischen Kompetenzen wird somit nicht ausgenutzt.

|²¹⁰ Diese Forderung stellen z. B. die Krankenkassen: Der GKV-Spitzenverband hat Ende 2020 die Notwendigkeit „einer bundesweiten Strukturierung der Krankenhauslandschaft mit qualitätsorientierten Vorgaben zum jeweiligen Versorgungsauftrag“ ausgesprochen (vgl. GKV-Spitzenverband 2020, S. 8).

|²¹¹ Vgl. Ebd. S. 33.

|²¹² Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2018.

II.1 Zur beruflichen Ausbildung

Dem Großteil der Berufe im Gesundheitssystem liegt eine Ausbildung im Berufsbildungssystem zugrunde. Auch der Zugang zu den Pflege- und Therapieberufen, die sich gegenwärtig im Prozess der anteiligen Akademisierung befinden, ist weiterhin parallel über den Weg der beruflichen Ausbildung möglich. Gerade durch die Teilakademisierung dieser Berufsgruppen ergeben sich Chancen und Herausforderungen für die Durchlässigkeit der verschiedenen Qualifizierungswege und die transparente Aufteilung von Kompetenzen und Zuständigkeiten in klar definierten beruflichen Zielpositionen.

Die beruflichen Ausbildungswege im Gesundheitssystem sind geprägt von einer großen Heterogenität der rechtlichen Grundlagen und gesetzgeberischen Zuständigkeiten. Infolge dessen divergieren auch die Vorgaben und Standards für Ausbildungsziele und -inhalte, für den curricularen Rahmen der theoretischen Ausbildungsanteile und die arbeitsrechtliche Ausgestaltung der praktischen Qualifikationsphasen. Die Vielfalt der Rahmenbedingungen verschafft den Gesundheitsberufen eine Sonderstellung im Berufsbildungssystem. |²¹³

II.2 Die Sonderstellung der Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem

Eine tragende Säule der beruflichen Bildung in Deutschland ist das duale System, dessen bundesrechtliche Grundlagen im Berufsbildungsgesetz (BBiG) |²¹⁴ und der Handwerksordnung (HwO) |²¹⁵ festgelegt sind. In der dualen Berufsausbildung nach BBiG/HwO lernen die Auszubildenden sowohl in der Berufsschule als auch in einem Ausbildungsbetrieb. Die Dauer und die zu vermittelnden Kompetenzen der Ausbildungen sind in bundesweit geltenden Ausbildungsordnungen geregelt, an deren Planung und Erarbeitung der Bund, die Länder und Sozialpartner beteiligt sind und die vom zuständigen Bundesministerium durch Rechtsverordnung erlassen werden. Die Unterrichtsinhalte der Berufsschule richten sich nach einem von der Kultusministerkonferenz entwickelten bundesweiten Rahmenlehrplan für den berufsbezogenen Unterricht, der mit der entsprechenden

|²¹³ Vgl. Dielmann 2021.

|²¹⁴ Berufsbildungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Mai 2020 (BGBl. I S. 920), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2022 (BGBl. I S. 1174) geändert worden ist.

|²¹⁵ Handwerksordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. September 1998 (BGBl. I S. 3074; 2006 I S. 2095), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. November 2022 (BGBl. I S. 2009) geändert worden ist.

Ausbildungsordnung abgestimmt ist. |²¹⁶ Das arbeitsrechtliche Verhältnis der Auszubildenden mit dem Betrieb wird in einem Ausbildungsvertrag geregelt und schließt eine Vergütung ein. |²¹⁷ Mit dem Bestehen einer von der zuständigen Kammer verantworteten Abschlussprüfung, deren Rahmen ebenfalls bundesrechtlich nach BBiG/HwO festgelegt ist, wird den Auszubildenden das Recht zum Tragen der Berufsbezeichnung verliehen. |²¹⁸

Unter den Berufen im Gesundheitswesen sind nur wenige den Ausbildungsberufen nach BBiG/HwO zugeordnet. Hierzu zählen die medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten sowie hauptsächlich handwerklich orientierte Berufsbilder (z. B. Augenoptikerinnen und -optiker, Hörakustikerinnen und -akustiker, und Orthopädietechnik-Mechanikerinnen und -Mechaniker) und kaufmännische Berufe (z. B. Kauffrau und -mann im Gesundheitswesen). |²¹⁹ Zumeist ist die Ausbildung von Gesundheitsberufen jedoch im Schulberufssystem verortet, einem weiteren Sektor der Berufsbildung

II.2.a Struktur und rechtliche Grundlagen des Schulberufssystems

Im Schulberufssystem werden primär Gesundheits-, Sozial-, und Erziehungsberufe ausgebildet. Hauptunterschied dieses Ausbildungssektors zum dualen Sektor ist die Governance-Struktur: Die Ausbildungsgänge unterliegen teilweise bundesrechtlichen teilweise landesrechtlichen Regelungen. Es existiert somit ein Nebeneinander unterschiedlicher rechtlicher Ausprägungsformen der Ausbildungswege. Die Ausbildung findet bei öffentlichen und privaten Schulträgern statt. Lernorte sind auch in diesen Ausbildungen die Berufsschule und die Praxis. Anders als im dualen System obliegt auch die Verantwortung der Praxisphasen dem Träger der schulischen Ausbildung. |²²⁰ Die Gesundheitsberufe im Schulberufssystem lassen sich entlang der Regelungsbefugnisse von Bund und Ländern in drei Kategorien teilen, die im Folgenden eingehender betrachtet werden.

|²¹⁶ Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2017.

|²¹⁷ Vgl. Abschnitt 2 BBiG.

|²¹⁸ Vgl. Abschnitt 5 BBiG, Abschnitt 4 HwO.

|²¹⁹ Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2022.

|²²⁰ In einzelnen Berufen können zudem Einrichtungen, die einen entsprechenden Vertrag mit dem schulischen Träger abgeschlossen haben, als verantwortliche Einrichtung der praktischen Ausbildung fungieren. Diese Möglichkeit besteht für bundesrechtlich geregelte Berufe, deren Berufszulassungsgesetze bereits reformiert wurden.

Einige Ausbildungen im Gesundheitswesen sind im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung durch bundesweite Berufszulassungsgesetze geregelt. |²²¹ Hierzu zählen u. a. die Pflege- und Therapieberufe; auch der Zulassung zum Hebammenberuf liegt ein solches Gesetz zugrunde. |²²² Diese bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe |²²³ werden größtenteils in nichtstaatlichen Schulen des Gesundheitswesens sowie teilweise in Berufsfachschulen ausgebildet, wobei nur letztere in den Geltungsbereich der Schulgesetze der Länder fallen. |²²⁴

Während der Bund zwar die Zulassung zu diesen Berufen festlegt und somit den Schutz der Berufsbezeichnung verantwortet und verbindliche Rahmenbedingungen für die Ausbildung vorgibt, bleibt deren weitere Ausgestaltung den Ländern überlassen. Inhalt und Umfang der bundesrechtlichen Vorgaben variieren dabei stark. Berufszulassungsgesetze, die in der jüngeren Vergangenheit reformiert oder neu erlassen wurden, beinhalten bereits kompetenzorientierte Ausbildungsziele, um die Ausbildung auf die wachsende Komplexität der Berufspraxis auszurichten. Zudem sind dort Mindestanforderungen an die hochschulische Qualifikation des Lehrpersonals sowie Regelungen zur arbeitsrechtlichen Ausgestaltung der Praxisphasen, einschließlich einer angemessenen Vergütung durch den Ausbildungsträger, festgelegt. Schulgelder dürfen in diesen Berufen nicht erhoben werden. |²²⁵

|²²¹ Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2478) geändert worden ist.

|²²² Bis zum 31. Dezember 2019 regelte das Hebammengesetz auch den nicht-akademischen Berufszugang. Das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene neue Hebammengesetz gibt als alleinigen Qualifizierungsweg das Hochschulstudium vor. Die berufliche Hebammenausbildung ist nur noch im Rahmen einer Übergangsklausel beinhaltet.

|²²³ Als Gesundheitsfachberufe werden alle Berufe mit unmittelbarem Patientenbezug bezeichnet, die – wie auch die ärztlichen, psychotherapeutischen und pharmazeutischen Berufe – bundesrechtlich geregelt sind und deren (berufsfachschulische oder hochschulische) Ausbildung auf der Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes erfolgt, vgl. A. 1.

|²²⁴ Vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, Deutsches Krankenhausinstitut 2019.

|²²⁵ Hierzu zählen das 2014 in Kraft getretene Notfallsanitätärgesetz (NotSanG), das 2020 vollständig in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG), das 2022 in Kraft getretene Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (ATA-OTA-G), sowie das seit 2023 in reformierter Form geltende Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MTBG) und das ebenfalls 2023 reformierte Gesetz über den Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentin und des pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTAG).

Für bislang nicht reformierte Berufsausbildungen, u. a. die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, bestehen keine entsprechenden bundeseinheitlichen Vorgaben. Standards zur Eignung des Lehrpersonals und des anleitenden Personals in den Praxisphasen sind dort nicht in den Berufszulassungsgesetzen festgehalten. |²²⁶ Die Vergütung der Auszubildenden ist abhängig vom schulischen Träger: Nur für Schulen in (Mit-)Trägerschaft von Bund, Kommunen und Ländern gelten seit 2019 die tarifvertraglichen Rahmenbedingungen für Auszubildende des öffentlichen Dienstes. Die weiterhin in einigen Ausbildungen üblichen Schulgeldzahlungen werden von einzelnen Bundesländern auf Basis landesrechtlicher Förderrichtlinien übernommen, um den Zugang zu den Gesundheitsberufen zu erleichtern. |²²⁷

Bundeseinheitliche Weiterbildungsgebote (wie im dualen System), die an die bundesrechtlich geregelten Ausbildungsgänge anknüpfen und dem ausgebildeten Personal in den Gesundheitsfachberufen einen strukturierten Karriereweg eröffnen könnten, existieren gegenwärtig nicht. |²²⁸

Gesundheitsberufe nach landesrechtlicher Regelung

Neben den durch Berufszulassungsgesetze geregelten Berufsausbildungen existiert auch eine Vielzahl von Gesundheitsberufen, deren Ausbildungsform und -inhalt rein im Landesrecht verankert ist. In diesem rechtlichen Zuständigkeitsbereich ist eine besonders große Vielzahl an Berufsbildern entstanden, unter anderem die Assistenz- und Helferberufe in der Pflege. Die Ausbildungsdauer der landesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe liegt zwischen einem und drei Jahren, vermittelt werden sie an Berufsfachschulen, Fachschulen und Fachakademien. |²²⁹ Sofern dort auch allgemeinbildende Inhalte nach Rahmenvorgaben der KMK ins Curriculum integriert sind, kann in diesen Ausbildungsgängen auch die Fachhochschulreife erworben werden. |²³⁰

Auch ein großes Angebot an Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen findet sich im landesrechtlichen Geltungsbereich. Genau wie für die Berufsausbildungen nach Landesrecht können Abschlussbezeichnung, Umfang und Inhalt dieser Weiterbildungsangebote stark nach Bundesland variieren. Zudem sind sie

|²²⁶ Vgl. Zöllner 2014.

|²²⁷ Vgl. Dielmann et al. 2020.

|²²⁸ Vgl. Peters, Telieps 2023.

|²²⁹ Vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022.

|²³⁰ Vgl. Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2001.

nicht in den Deutschen Qualifikationsrahmen eingebettet |²³¹ und bilden daher keine aufeinander aufbauenden Qualifikationsstufen im Sinne eines Berufslaufbahnkonzepts, wie sie im dualen System nach BBiG/HwO vorherrschen. |²³²

Gesundheitsberufe nach BBiG/HwO an Berufsfachschulen

Darüber hinaus können Berufe des Gesundheitssystems, deren Ausbildung im dualen System verortet ist, alternativ auch an Berufsfachschulen erlernt werden. Sofern der Bildungsgang den Anforderungen eines nach BBiG/HwO anerkannten Ausbildungsberufs entspricht, ist es den berufsfachschulischen Auszubildenden möglich, an einer bundesrechtlich geregelten Abschlussprüfung teilzunehmen. |²³³ Hierzu zählen die Berufsbilder der bzw. des medizinischen Fachangestellten und der Kosmetikerin bzw. des Kosmetikers. Jedoch sind die Auszubildendenzahlen in diesen Ausbildungsgängen seit Jahren rückläufig, da das duale System häufig eine attraktive Alternative bietet. |²³⁴

II.2.b Entwicklungen der Auszubildendenzahlen der Gesundheitsberufe im Schulberufssystem

Aufgrund der sinkenden Zahl der Schulabsolventinnen und -absolventen und der hohen Nachfrage nach Studienplätzen ist die Anzahl der Personen, die eine berufliche Ausbildung beginnen, bereits seit Jahren rückläufig. |²³⁵ Im Schulberufssystem lässt sich jedoch ein gegenläufiger Trend beobachten, dort stieg die Anzahl der Auszubildenden im ersten Schuljahr zwischen 2012 und 2020 leicht um 1,0 %. Für die im Schulberufssystem verorteten Gesundheitsberufe, ist die Entwicklung deutlich stärker ausgeprägt: Hier ist im gleichen Zeitraum eine Zunahme von 14,2 % zu verzeichnen. |²³⁶ Der Anstieg der Auszubildenden im ersten Schuljahr zeigt sich in vielen Berufsgruppen, so u. a. bei den Gesundheits-

|²³¹ Der DQR ordnet die im deutschen Bildungssystem zu erwerbenden Abschlüsse acht Niveaus zu. Diese entsprechen den in einem Europäischen Qualifikationsrahmen festgelegten Qualifikationsstufen. So wird eine bessere Vergleichbarkeit der Bildungsabschlüsse innerhalb Europas ermöglicht.

|²³² Vgl. Peters, Telieps 2023.

|²³³ Vgl. § 43 Abs. 2 BBiG.

|²³⁴ In der Kategorie der medizinischen Gesundheitsberufe waren im Schuljahr 2020/21 nur noch medizinische Fachangestellte unter den an Berufsfachschulen vermittelten Ausbildungsberufen nach BBiG/HwO vertreten. Dieses Angebot bestand nur in einem Bundesland, neue Auszubildende wurden dort nicht aufgenommen. Im Bereich der nach BBiG/HwO anerkannten nichtmedizinischen Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe wurden im Schuljahr 2020/21 Kosmetikerinnen und Kosmetiker sowie Maskenbildnerinnen und Maskenbildner an Berufsfachschulen ausgebildet, vgl. Statistisches Bundesamt 2021b.

|²³⁵ Vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022.

|²³⁶ Vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, Tab. E3-2web.

Kranken- und Altenpflegekräften (19,0 %) |²³⁷ und den Pflegehelferinnen und -helfern (23,6 %) ebenso wie bei den Auszubildenden der Physiotherapie (10,7 %), Ergotherapie (23,4 %) und Logopädie (7,1 %). Für Hebammen und Entbindungspfleger stieg die Zahl der Auszubildenden im ersten Schuljahr von 2012 bis 2020 sogar um 31,1 %. |²³⁸

Fraglich bleibt jedoch, inwieweit die Steigerung der Zahl der Neuzugänge in den Gesundheitsberufen perspektivisch die hohe Nachfrage nach entsprechendem Personal decken kann. Zudem ist zu berücksichtigen, inwieweit die Ausbildung letztlich auch mit einem Abschluss erfolgreich beendet wird. Für die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in diesen Ausbildungsgängen ist im gleichen Zeitraum ein leichter Rückgang von 1,0 % zu verzeichnen. Stellt man den Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe die Absolventinnen und Absolventen nach drei Jahren gegenüber, liegt der Vergleich nahe, dass nur ca. 70 % einer Kohorte nach dieser Zeit ihre Ausbildung beenden. |²³⁹ Gründe für einen Abbruch der Ausbildung im Gesundheitswesen finden sich häufig in psychosozialen Problemen der Auszubildenden sowie in der hohen Arbeitsbelastung, der inhaltlichen Überforderung durch die Ausbildungsinhalte und den nicht erfüllten Erwartungen hinsichtlich der Berufspraxis. |²⁴⁰ Trotz wachsenden Zulaufs in die Ausbildungsgänge des Gesundheitswesens bleibt daher die Personalrekrutierung für die nicht hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberufe eine Herausforderung.

II.3 Ausbildung der Gesundheitsberufe im europäischen Vergleich

Ein Blick auf die Qualifikationswege der Gesundheitsberufe in anderen europäischen Ländern zeigt, dass Deutschland mit seiner Ausbildung dieser Berufsbilder

|²³⁷ Diese Zahl schließt die Auszubildenden des im Rahmen der Reformierung des Pflegeberufegesetzes (PflBG) ab 2020 neu geschaffenen Berufsbilds Pflegefachfrau/-mann mit ein, vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, Tab. E3-4web.

|²³⁸ Mit dem Inkrafttreten des reformierten Hebammengesetzes im Jahr 2020, das einen Einstieg in die berufliche Ausbildung im Rahmen einer Übergangsklausel nur noch bis zum 31. Dezember 2022 ermöglicht, sank die Zahl der Auszubildenden im Vergleich zum Vorjahr jedoch um 20,4 %, vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, Tab. E3-4web.

|²³⁹ Berechnungen nach Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, TabE3-4web und TabE5-5web. Diese Querschnittsdaten ermöglichen es jedoch nicht, einzelnen Auszubildendenkohorten zu folgen. Zudem beinhalten sie auch Auszubildende in Helferberufen, deren Ausbildungsdauer häufig unter drei Jahren liegt. Eine Abbrecherquote von ca. 30 % legen jedoch auch Berichte zu der Ausbildung der Pflegeberufe nahe, vgl. URL: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120683/Immer-mehr-Auszubildende-brechen-Pflegeausbildung-ab_zuletzt_abgerufen_am_26.07.2023. Eine Betrachtung von Auszubildendenkohorten im gesamten Schulberufssystem zeigt sogar eine Abbruchquote von 37,7 %, im Vergleich zu 23,6 % im dualen Sektor, vgl. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, Tab E4-1web.

|²⁴⁰ Vgl. Garcia González, Peters 2021; Huter et al. 2017.

primär im sekundären Bildungssektor zunehmend eine Ausnahme darstellt. Im europäischen Vergleich führt der Weg zur Berufstätigkeit im Gesundheitswesen zu einem Großteil über ein Hochschulstudium. |²⁴¹ Dies führt zu einer Divergenz in der Zuordnung von Berufsabschlüssen zu Bildungsniveaus im Rahmen des Europäischen Qualifikationsrahmens: In Deutschland erworbene berufliche Bildungsabschlüsse im Gesundheitswesen werden einem niedrigeren Niveau zugeschrieben als die in Nachbarländern erworbenen hochschulischen Qualifikationen. Dies erschwert Personalrekrutierungen aus dem europäischen Ausland ebenso wie die berufliche Mobilität in Deutschland ausgebildeter Personen.

Während die Akademisierung der Gesundheitsberufe in einigen Ländern – z. B. in Großbritannien und den Niederlanden – bereits in den 1990er Jahren initiiert wurde, wiesen beispielsweise Österreich und die Schweiz im Gesundheitswesen für lange Zeit ein ähnlich historisch gewachsenes Berufsbildungsmodell wie Deutschland auf. Dort sind erfolgreiche Anstrengungen unternommen worden, um ein hochschulisches Qualifikationsangebot für die Gesundheitsberufe zu schaffen. |²⁴²

|²⁴¹ Zur Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich siehe Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014. Einen Überblick über den internationalen Stand der Akademisierung der Therapieberufe bietet zudem Kraus 2023.

|²⁴² Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2014 für Informationen zu den Qualifikationswegen in Großbritannien, den Niederlanden und Österreich. In Österreich werden die Pflege-, Therapie und Hebammenberufe mittlerweile ausschließlich an Fachhochschulen ausgebildet, vgl. Mériaux-Kratochvila 2021. In der Schweiz erfolgt die Qualifikation in der Ergo- und Physiotherapie und für Hebammen über ein Fachhochschulstudium, in der Logopädie über ein Studium an einer pädagogischen Hochschule. Der Zugang zum Pflegeberuf ist sowohl über einen Bachelorabschluss an einer Fachhochschule als auch über ein Diplom an einer Höheren Fachschule möglich, vgl. Bucher 2021.

Kompetenzen auf Niveau 6 (DQR): Bachelor (HQR 1)

Erwerb von Kompetenzen (...) „zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld [...].

Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.“ (DQR Handbuch 2013 |²⁴³, S. 20–22)

„Absolventinnen und Absolventen können Wissen und Verstehen auf Tätigkeit oder Beruf anwenden und Problemlösungen in ihrem Fachgebiet erarbeiten oder weiterentwickeln.“ (KMK 2017 |²⁴⁴, S. 6)

Die Bachelorqualifizierten der Gesundheitsfachberufe (DQR 6 Niveau / HQR 1) verfügen über Kompetenzen „zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld“. Absolventinnen und Absolventen können Wissen und Verstehen auf Tätigkeit oder Beruf anwenden und Problemlösungen in ihrem Fachgebiet erarbeiten oder weiterentwickeln. |²⁴⁵ Das Studium soll u. a. dazu befähigen, komplexe Betreuungsprozesse einschließlich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in allen Handlungsfeldern – ambulant und stationär – auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und -orientierter Entscheidungen zu planen, zu steuern und zu gestalten.

Die Bachelorqualifizierten der Gesundheitsfachberufe arbeiten i. d. R. in Versorgungseinheiten wie Stationen oder Wohnbereichen und haben einen festen Platz im Team ggf. mit der Funktion einer leitenden Fachkraft. Sie arbeiten auch eigenständig, autonom und freiberuflich und übernehmen spezifische heilkundliche Aufgaben. |²⁴⁶ Sie tragen Verantwortung für die Verbesserung der Umsetzung von Prozessen. Die Anforderungen sind durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet. Im Team führen sie kollegiale fachliche

|²⁴³ Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2013.

|²⁴⁴ Kultusministerkonferenz 2017.

|²⁴⁵ Kultusministerkonferenz 2017.

|²⁴⁶ Vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2022.

Beratung, Schulung, Begleitung und Fortbildung, Patienten- und Angehörigene-dukation und Begleitung von Bachelorstudierenden durch. |²⁴⁷ Sie sind befähigt, sich Forschungsergebnisse ihrer Profession zu erschließen und forschungsge-stützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln zu übertragen. Sie steuern, gestalten und entwickeln die gesundheitliche und pflegerische Versorgung maßgeblich weiter.

Kompetenzen auf Niveau 7 (DQR): Master (HQR 2)

Erwerb von Kompetenzen (...) „zur Bearbeitung von neuen, komplexen Aufga-ben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Pro- zessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten be- ruflichen Tätigkeitsfeld [...].

Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderun- gen gekennzeichnet.“ (DQR Handbuch 2013, S. 20 -22)

„Absolventinnen und Absolventen können ihr Wissen und Verstehen sowie ihre Fähigkeiten zur Problemlösung auch in neuen und unvertrauten Situationen an- wenden, die in einem breiteren oder multidisziplinären Zusammenhang mit ih- rem Fach stehen.“ (KMK 2017, S. 8)

Die **Masterqualifizierten der Gesundheitsfachberufe** (DQR 7 Niveau / HQR 2; international z. B. Advanced Practice Nursing, Advanced Practice Midwife, Ad- vanced-Scope Practitioner) verfügen über Kompetenzen „zur Bearbeitung von neuen, komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwort- lichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld“ |²⁴⁸. Sie sind qualifiziert, um spezifische Zielgruppen evidenzbasiert, ethisch begründet und bedarfsgerecht versorgen zu können. Die Anforderungsstruktur ist insbesondere durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen in einem breiteren oder multidisziplinären Zusammenhang gekennzeichnet. |²⁴⁹

Das erweiterte Verantwortungs- und Aufgabenprofil auf Masterebene bedeutet, die direkte Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten in spezialisierten Gebieten zu übernehmen. Das Spezialisierungsgebiet kann nach Bevölkerungsgruppen (z. B. Pädiatrie, Geriatrie, Frauengesundheit), klinischem Umfeld (z. B. häusliche und gemeindenahе Versorgung – Community Health Nursing, Intensivpflege, Notaufnahme, ...), Krankheit/medizinischem Teil- gebiet (z. B. Onkologie, Diabetes), Art der Pflege, Therapie und Hebammenhilfe

|²⁴⁷ Vgl. Weidner, Schubert 2022.

|²⁴⁸ Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2013, S. 21.

|²⁴⁹ Vgl. Ebd.

(Psychiatrie, Rehabilitation etc.), Art des Problems (z. B. Schmerzen, Wunden, Inkontinenz, Krankheitserleben, Krankheitsbewältigung, Gesundheitserhaltung) und Interventionszeitpunkt (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) definiert werden.

Masterqualifizierte der Gesundheitsfachberufe setzen Verbesserungen im System der Gesundheitsversorgung um und implementieren evidenzbasierte Forschungsergebnisse in die klinische Praxis, um das patienten- und klientenbezogene Gesundheitsoutcome bedarfsgerecht, effizient und effektiv zu verbessern und Praxisinnovationen umzusetzen. Dabei übernehmen sie im Versorgungsprozess umfassend heilkundliche Aufgaben. Sie führen selbstständige Diagnostik in Form eines spezialisierten Assessments durch, welches körperliche Untersuchungen umfasst, verordnen nach erstellten Leitlinien Medikamente und Hilfsmittel und überweisen Patientinnen bzw. Patienten und Klientinnen bzw. Klienten an andere Dienste. |²⁵⁰ Sie entwickeln ferner Beratungs- und Schulungsprogramme und fungieren als Leiter multidisziplinärer Gruppen bei der Entwicklung und Umsetzung alternativer Lösungen für Probleme in der Patientenversorgung über den gesamten Versorgungsprozess der Pflege, Therapie und Geburtshilfe. Darüber hinaus initiieren und beteiligen sie sich an der Durchführung von Forschungsarbeiten, um Wissen für die Praxis zu generieren und sie entwerfen, implementieren und evaluieren Programme und Konzepte, wie evidenzbasierte Leitlinien, Expertenstandards und Protokolle für spezialisierte Versorgungsbereiche.

|²⁵⁰ Vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2022.

Kompetenzen auf Niveau 8 (DQR): Promotion (HQR 3)

Erwerb von Kompetenzen (...) „zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld [...].

Die Anforderungsstruktur ist durch neuartige und unklare Problemlagen gekennzeichnet“. (DQR Handbuch 2013, S. 20–22)

„Promovierte können wesentliche Forschungsvorhaben mit wissenschaftlicher Integrität selbstständig konzipieren und durchführen. Sie entwickeln Formate zur Erprobung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. Möglichkeiten zur kontrollierten Erprobung neuer Praxis. Sie definieren neue Aufgaben und Ziele von strategischer Bedeutung und leisten sichtbare Beiträge zum gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und/oder kulturellen Fortschritt einer Wissensgesellschaft in einem Berufsfeld.“ (KMK 2017, S. 10)

Absolventinnen und Absolventen mit Promotion (DQR Niveau 8 / HQR 3) verfügen über Kompetenzen „zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld“. Die Anforderungsstruktur ist durch neuartige und unklare Problemlagen gekennzeichnet. „Promovierte können wesentliche Forschungsvorhaben mit wissenschaftlicher Integrität selbstständig konzipieren und durchführen. Sie entwickeln Formate zur Erprobung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. Möglichkeiten zur kontrollierten Erprobung neuer Praxis. Sie definieren neue Aufgaben und Ziele von strategischer Bedeutung und leisten sichtbare Beiträge zum gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und/oder kulturellen Fortschritt einer Wissensgesellschaft in einem Berufsfeld.“ |²⁵¹

Absolventinnen und Absolventen mit Promotion verfügen über umfassendes, spezialisiertes und systematisches Wissen in der Forschung zu einem spezifischen Versorgungsbereich bzw. einer spezifischen Patientengruppe. Sie sind in der Lage die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten steuernd zu übernehmen und zu verantworten. Sie verfügen über entsprechendes Wissen an den Schnittstellen zu angrenzenden Bereichen. Sie identifizieren auch sektorenübergreifende Probleme und entwickeln neuartige Lösungen in diesen Bereichen durch Forschung und Innovation. Sie konzipieren, realisieren, steuern, reflektieren und beurteilen sektorenübergreifend innovative Prozesse und Verfahren. Damit verbessern sie die Versorgung spezifischer Patientengruppen. Sie initiieren und leiten Forschungsprojekte. Absolventinnen und Absolventen mit klinischer Promotion arbeiten eng im interprofessionellen Netzwerk und beraten die

Leitung bzw. Führung der Institution. Sie sind Mitglieder in lokalen, nationalen und internationalen Fachgruppen, publizieren in internationalen Journalen und tragen auf internationalen Kongressen vor.

C.IV EXKURS: DUALE STUDIENANGEBOTE

Im Rahmen der HQG*plus*-Studie wurde ein Modell |²⁵² zur Einordnung hochschulischer Qualifikationswege und -ziele entwickelt, das auf Bachelorniveau vier Studienformate unterscheidet, die folgendermaßen definiert sind (siehe Kasten).

Definition der Studienformate im Rahmen der HQG*plus*-Studie:

Primärqualifizierend(-dual):

- _ Qualifizierung zu einem staatlich geregelten Gesundheitsfachberuf durch erfolgreiches Absolvieren eines Hochschulstudiums; das Studium findet an Hochschulen verbunden mit Praxisphasen an kooperierenden Praxiseinrichtungen statt; es besteht eine enge inhaltliche und strukturelle Verzahnung zwischen Hochschule und Praxispartnern; die Verantwortung für den theoretischen und praktischen Teil des Studiums liegt bei der Hochschule. Die staatliche Prüfung findet an der Hochschule statt.
- _ Abschluss: akademischer Grad Bachelor und Berechtigung zum Führen einer Berufsbezeichnung auf der Grundlage eines Berufsgesetzes; durch enge Verzahnung jedoch als ein Abschluss zu werten

ausbildungsintegrierend:

- _ Qualifizierung durch Integration von schulischen und hochschulischen Ausbildungsanteilen; drei Lernorte (Hochschule, Berufsfachschule, Praxispartner) mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten; die Curricula sind inhaltlich und strukturell aufeinander abgestimmt.
- _ Abschluss: akademischer Grad (Hochschule) und Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung auf der Grundlage eines Berufsgesetzes, staatliche Prüfung an Berufsfachschule (zwei Abschlüsse)

ausbildungsbegleitend:

- _ Qualifizierung zu einem staatlich geregelten Gesundheitsfachberuf durch berufliche Ausbildung mit parallelem Hochschulstudium (zumeist um ein Jahr versetzt); keine inhaltliche und strukturelle Abstimmung der theoretischen Ausbildung/Studium; formale Kooperation der Hochschule und

|²⁵² Vgl. HQG*plus*-Studienbericht 2022, S. 19.

beruflicher Schule; Verantwortung und Begleitung der praktischen Ausbildung erfolgt i. d. R. durch die Berufsfachschule oder Schule für Gesundheit.

- _ Abschluss: akademischer Grad (Hochschule) und unabhängig hiervon Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung (staatliche Prüfung an Berufsfachschule)

additiv:

- _ Studium, das auf einer abgeschlossenen Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf aufbaut. Praktische Tätigkeit neben dem Studium kann gefordert, möglich oder auch ausgeschlossen sein.
- _ Abschluss: akademischer Grad

Nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Entwicklung des dualen Studiums aus dem Jahr 2013 sind in dem hier betrachteten Kontext der Gesundheitsfachberufe **sowohl primärqualifizierend-duale Bachelor-Studiengänge als auch ausbildungsintegrierende Bachelor-Studiengänge als duale Studienangebote** zu verstehen. So definiert der Wissenschaftsrat Studiengänge dann als dual, wenn „das berufspraktische und das hochschulische Element gleichwertige Teile des dualen Studiums“ |²⁵³ bilden. Als konstituierende Merkmale dualer Studienangebote gelten die Verbindung und Abstimmung von mindestens zwei Lernorten sowie die Verfasstheit als wissenschaftliches bzw. wissenschaftsbezogenes Studium. Die Dualität der Lernorte setzt dabei voraus, dass die Praxisanteile einen angemessenen Umfang ausmachen sowie eine Verbindung und Abstimmung der Lernorte vorliegt, die strukturell zumindest durch eine organisatorische Koordinierung der Lernorte gegeben ist und inhaltlich eine Nähe von Studienfach und beruflicher Ausbildung/Tätigkeit aufweist. Die primärqualifizierend-dualen Bachelor-Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen begründen mit ihren Charakteristika (vgl. B.I.3), insbesondere der gesetzlich verankerten Berufszulassung bei Studienabschluss, einen eigenen Typus dualer Studiengänge, der in den Empfehlungen von 2013 noch nicht berücksichtigt wurde. Entsprechend bedarf die Wissenschaftsrats-Typologie dualer Studiengänge auf Bachelor-Ebene einer Erweiterung (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Erweiterung der Typologie dualer Studienformate um primärqualifizierend-duale Bachelor-Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen

Individueller Bildungsabschnitt		Studienformat
Erstausbildung	mit Berufszulassung durch Studium	<u>Primärqualifizierend-dual</u> (Bachelor) Hochschulstudium verbunden mit Praxisphasen an kooperierenden Praxiseinrichtungen; Bachelor-Grad berechtigt zum Führen einer Berufsbezeichnung auf der Grundlage eines Berufsgesetzes
	mit Berufsausbildung	<u>Ausbildungsintegrierend-dual</u> (Bachelor und berufsfachschulischer Abschluss) Kombination von Hochschulstudium und Berufsausbildung
	mit Praxisanteilen	<u>Praxisintegrierend-dual</u> (Bachelor) gestalteter Ausbildungsanteil beim Praxispartner
Weiterbildung	mit Berufstätigkeit	<u>Berufsintegrierend-dual</u> (Master/Bachelor) mit gestalteten Bezugnahmen
	mit Praxisanteilen	<u>Praxisintegrierend-dual</u> (Master/Bachelor)

Quelle: eigene Darstellung.

Davon abzugrenzen sind „nicht duale“ Studiengänge, die aufgrund ihrer zeitlichen Struktur zwar berufs- oder ausbildungsbegleitend studiert werden können, bei denen aber ansonsten Beruf bzw. Berufsausbildung und Studium weitgehend voneinander unabhängig sind. Hierzu zählen die im Rahmen der HQGplus-Studie erhobenen Bachelor-Studiengänge mit ausbildungsbegleitendem und additivem Studienformat.

ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nursing
APM	Advanced Practice Midwifery
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CHN	Community Health Nurse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DESTATIS	Deutsches Statistisches Bundesamt
DiPA	Digitalen Pflegeanwendungen
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRG	Diagnosis Related Groups
FH	Fachhochschule
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBD	Global Burden of Disease
GFB	Gesundheitsfachberufe
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HQG	Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitssystem
HQR	Qualifikationsrahmen für Hochschulabschlüsse
HWO	Handwerksordnung
MTF	Medizinische/r Technologinnen / Technologen für Veterinärmedizin, Medizinische/r Technologinnen / Technologen für Funktionsdiagnostik
MTL	Medizinische/r Technologinnen / Technologen für Laboratoriumsanalytik

MTR	Medizinische/r Technologinnen / Technologen für Radiologie
SDI	Soziodemografischer Index
SGB	Sozialgesetzbuch
VPU	Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V.
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WIdO	Wissenschaftlichen Institut der AOK
WR	Wissenschaftsrat

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2017): Fachtagung Community Health Nursing. Ein Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung; Berlin. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/tagungsband_community-health-nursing_web-Kopie.pdf

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2018): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptuelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum; Berlin. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>

Aiken, L. H. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, in: *The Lancet*, Vol. 383, S. 1824–1830. URL: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)

Aiken L. H. et al. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care, in: *BMJ Quality & Safety* 26 (2017), S. 559–568. URL: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/7/559>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2018): *Medizin und Ökonomie. Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung*; Berlin. URL: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20181205_Medizin_und_%C3%96konomie_AWMF_Strategie_papier_V1.0mitLit.pdf

Augurzky, B.; Kolodziej, I. (2018): *Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Arbeitspapier 06/2018*; Essen.

Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung (2022): *Bildung in Deutschland 2022. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zum Bildungspersonal*; Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.3278/6001820hw>

Bauer, N. H. (2011): *Der Hebammenkreißaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*; Göttingen.

Behrens, J. et al. (Hrsg.) (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland; Halle. URL: <https://gesundheitswissenschaft.files.wordpress.com/2012/11/agendapflege-forschung2012.pdf>

Berger, A. et al. (2017): Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services, *Swiss Medical Weekly*, 147, 1–9. doi:10.4414/smw.2017.14417

Berger, A. et al. (2020): Perinatal mental healthcare from the user and provider perspective: protocol for a qualitative study in Switzerland. *Reproductive Health*, 17(1), 1–8. doi:10.1186/s12978-020-0882-7

Bergjan, M. et al. (2021): Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 163, S. 47–56.

Blanck-Köster, K. (2017): Advanced Nursing Practice: Experten für den Wandel, in: Kuckel, W.; Tonner, P. (Hrsg.): *Jahrbuch Intensivmedizin 2017*; Lengerich, S. 11–19. URL: https://www.quolibris.shop/img/books/extract/3958532616_lp.pdf

Bonin, H. (2019): Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019*, Stuttgart 2020, S. 61–69.

Breitkreuz, J. et al. (2021): Krankheitslastbestimmung mit Prävalenzen und Schweregraden auf Routinedatenbasis, in: *G + G Wissenschaft*, 21 (2021) 1, S. 24–34. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2021/wido_ggw_012021_breitkreuz_et_al.pdf

Bucher, T. (2021): Akademisierung der Gesundheitsberufe in der Schweiz: Zahlen und Fakten, in: *International Journal of Health Professions*, 8 (1), S.146–151. DOI: <https://doi.org/10.2478/ijhp-2021-0020>

Bundesagentur für Arbeit (2011): *Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010)*. Aufbau und anwendungsbezogene Hinweise; Nürnberg.

Bundesärztekammer (2021): 33. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen. Expertinnen und Experten diskutieren die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheitsversorgung; Berlin. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gesundheitsfachberufe/konferenz-der-fachberufe/juni-2021/>

Bundesinstitut für Berufsbildung (2017): *Berufsbildung in der Praxis kompakt: Ausbildungsordnungen und wie sie entstehen*; Bonn.

Bundesinstitut für Berufsbildung (2022): *Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe 2022*; Bonn.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (= Reihe Berufsbildungsforschung, Band 15); Bonn.

Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hrsg.) (2013): Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. URL: https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Burgi, M.; Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, in: Axer, P.; Becker, U.; Bieback, K.-J. et al. (Hrsg): Schriften zum Sozialrecht, Bd. 61). URL: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748924319-1/titelei-inhaltsverzeichnis?page=1>

Cignacco, E. (2020): Entwicklung neuer Gesundheitsversorgungsmodelle durch „Advanced Practice“ Hebammen. Der MSc Hebamme an der Berner Fachhochschule (BFH). Ein Bildungskonzept für die Zukunft. URL: <https://www.egms.de/static/de/meetings/dghwi2020/20dghwi04.shtml>

DAA Stiftung Bildung und Beruf (2017): Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung; Hamburg. URL: https://www.daa-stiftung.de/fileadmin/user_upload/digitalisierung_und_technisierung_der_pflege_2.pdf

Darmann-Finck, I. et al. (2014): Abschlussbericht Dezember 2014. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. URL: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf

Darmann-Finck, I.; Reuschenbach, B. (2019): Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege, in: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018, Stuttgart, S. 163–170.

Deutscher Bundestag (2019): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz). Drs. 19/26249. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/262/1926249.pdf>

Deutscher Bundestag (2021): Zweiter Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, Drs 19/32710. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/327/1932710.pdf>

Deutsches Krankenhausinstitut (2019): Gutachten zur Datenerhebung und Datenauswertung zu Schulgeld, Schulkosten und Ausbildungsvergütung in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland, Schwerpunkt I und II. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit; Düsseldorf.

Dielmann, G. (2021): Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem. Ein Überblick, in: DENK-doch-MAL.de. Das Online-Magazin, 2021 (1). URL: <https://denk-doch-mal.de/ausgaben/01-21-beruflichkeit-in-den-gesundheits-und-pflegeberufen/>

Dielmann, G. et al. (2020): Berufliche Bildung im Gesundheitswesen. Reformbedarfe und Handlungsvorschläge, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): WISO Diskurs 2020 (6); Bonn.

Dieterich, S. et. al. (Hrsg.): Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) – Abschlussbericht; Bochum 2019.

Eggenschwiler, L.; Cignacco, E.; zu Sayn-Wittgenstein, F. (2023): Forschung durch Hebammen für bessere Evidenz, in: Hebammem Wissen, 3.2023/04, S. 56–59.

Ewers, M. et al. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137 (2012) 2, S. 74.

Gaidys, U. (2019): Begriff und Bedeutung von ANP/APN in der europäischen Pflege: Schweiz, Österreich, Deutschland und Großbritannien, in: Kures, C.; Sittner E.: Advanced Nursing Practice – Die pflegerische Antwort für die bessere Gesundheitsversorgung, facultats Universitätsverlag; Wien.

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2022): Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben, hrsg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717>

Garcia González, D; Peters, M. (2021): Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review, hrsg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung; Bonn.

GBDV Collaborators (2020): Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019: GBD 2019 Viewpoint Collaborators, in: The Lancet, 396 (2020), S. 1135–1159.

Geis-Thöne, W. (2021): In Europa entwickeln sich die Bevölkerungen im erwerbsfähigen Alter unterschiedlich. Eine Analyse der demografischen Strukturen in den 27 EU-Ländern (= IW-Report Nr 38), hrsg. v. Institut der deutschen Wirtschaft; Köln. URL: <https://www.iwkoeln.de/studien/wido-geis-thoene-in-europa-entwickeln-sich-die-bevoelkerungen-im-erwerbsfaehigen-alter-unterschiedlich.html>

Geraedts, M. (2017): Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklung der letzten 25 Jahre, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017; Berlin, S. 79–94. URL: <https://www.wido.de/Buchreihen/Krankenhausreport/2017/gesamt.pdf>

Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats (2022): *HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update*. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/v8gx-db45>

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020): GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/2020-12-02_Positionspapier_Krankenhausversorgung_barrierefrei.pdf

Gräske, J.; Lademann, J.; Strupeit, S. (2021): Situation der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland, in: *Public Health Forum*, 29 (2021) 3, S. 198–200.

Grevers, J.; Hachmeister, C.-D. (2019): Im Blickpunkt: Die Vielfalt der Studiengänge 2019. Entwicklung des Studienangebotes in Deutschland zwischen 2014 und 2019, hrsg. v. CHE gemeinnütziges Centrum für Hochschulentwicklung; Gütersloh. URL: https://www.che.de/wp-content/uploads/upload/Im_Blickpunkt_Die_Vielfalt_der_Studiengaenge_2019.pdf

Heuschmann, P. et al. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland, in: *Aktuelle Neurologie*, 37 (2010) 7, S. 333–340.

Hochschulrektorenkonferenz (Hrsg.) (2017): Handreichung. Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierenden Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekt nexus der HRK; Bonn. URL: https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/Impulspapier-Kurz_mit_Links_2.pdf

Höppner H.; Beck, E.-M. (2019): Verärgerte Therapeuten. Eine qualitative Auswertung der Brandbriefe, in: *pt – Zeitschrift für Physiotherapeuten*, (2019) 2, S. 12–19.

Huter, K. et al. (2017): Gesundheitsberufe-Monitoring und Bedarfsvorausschätzung für den Fachkräftebedarf in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen. Abschlussbericht. URL: https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Gesundheitsberufe-Monitoring-Bremen-Abschlussbericht_erg.pdf

IGES-Institut (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit; Berlin. URL: https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html

Kelly, L. A.; McHugh, M. D.; Aiken, L. H. (2011): Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals, in: *The Journal of Nursing Administration*, 41 (2011) 10, S. 428–433.

Knappe, N. (2016): Eine Sekundäranalyse der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Geburtsbetreuung von Low-Risk Gebärenden. Promotionsschrift zur Erlangung des Grades eines Philosophical Doctor (Ph.D.), Universität Witten Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft.

Krahl, A. (2018): Eine Untersuchung zur Latenzphase der Geburt. Promotionschrift zur Erlangung des Grades eines Dr. rer. medic., Universität Witten Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft.

Kraus, E. (2023): Deutschland hinkt hinterher, in: *DUZ Spotlight – Gute Praxis International: Akademisierung der Therapieberufe*, *DUZ* 2023 (2), S. 48. URL: https://www.che.de/download/spotlight-therapieberufe/?ind=1676560840106&filename=DUZ-Spotlight-02-23_Akademisierung-der-Therapieberufe.pdf&wpdmdl=27492&refresh=63fe0ffd813831677594621

Kultusministerkonferenz (2017): Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse. URL: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_02_16-Qualifikationsrahmen.pdf

Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, in: *Bundesgesundheitsblatt* 50 (5 & 6): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), hrsg. v. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Paul-Ehrlich-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert Koch-Institut, S. 736–743.

Maier, C. B.; Aiken, L. H. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*.

Maier, C.; Aiken, L. H.; Busse, R. (2017): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation, *OECD Health Working Papers*, No. 98. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf>

Mendel, S.; Feuchtinger, J. (2009): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der Internationalen Advanced Nursing Practice, in: *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 22 (2009) 3, S. 208–216.

Meng, M.; Peters, M.; Dorin, L., (2022). Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels: ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen,

Mériaux-Kratochvila, S. (2021): Akademisierung der Gesundheitsberufe in Österreich: Zahlen und Fakten, in: *International Journal of Health Professions*, 8 (1), S.141–145. DOI: <https://doi.org/10.2478/ijhp-2021-0018>

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021a): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2019. URL: https://broschuerenservice.nrw.de/default/shop/Landesberichterstattung_Gesundheitsberufe_2019

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021b): 29. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen. Fachkräftegewinnung im Gesundheitswesen, 11. November 2021. URL: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20211111_lgk-entschliessung_2021.pdf

Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hrsg) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Kohlhammer. URL: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Publikationen/Altern_im_Wandel_2010.pdf

Mörsdorf, L.; Beushausen, U. (2021): Teletherapie und Telemedizin in Deutschland. Studienlage zur Wirksamkeit sprachtherapeutischer Teletherapie im neurologischen Bereich, in: *Neurologie & Rehabilitation*, 27 (2021) 2, S. 111 – 118.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2021): Landespflegebericht Niedersachsen 2020. URL: <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/pflege/landespflegebericht-2020-uber-sicht-uber-die-derzeitige-pflegerische-versorgungssituation-in-niedersachsen-201790.html>

Nock, A. M. et al. (2022): Community Health Nursing in der Stadt (CoSta). Entwicklung eines Versorgungskonzeptes für chronisch Kranke in der Primärversorgung. *Pflege*, 35(6), S. 373–380.

Peters, M; Telieps, J. (2023): Zuordnung der Abschlüsse in den Pflegeberufen zum DQR, in: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 2023 (1), S. 57–59.

Petersen-Ewert, C. et al. (2023): Projekt CoSta: Primärversorgung als Teamarbeit. *Gesundheit und Sozialpolitik* 2/2023. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-15 G+S 2/2023

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. URL: <https://www.bundes>

gesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-krankenhausverguetung.pdf

Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.) (2018): Gemeinsam besser werden für Patienten. Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung; Stuttgart. URL: https://www.bosch-stiftung.de/documents/2018-03/Team_Lehrkonzepte_WEB_ES.pdf

Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.) (2020): Diskussionspapier – Think Lab 2. Megatrends – wie sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt „Neustart!“; Stuttgart. URL: https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/Diskussionspapier_Think_Lab_2.pdf

Rosseau, S. et al. (2017): Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege), in: *Pneumologie*, (2017); 71, S. 204 – 206.

Rothgang, H. et al. (Hrsg.) (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). URL: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4497>

Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (Hrsg.) (2017): Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung; Berlin. URL: www.gleichstellungsbericht.de/gutachten2gleichstellungsbericht.pdf

zu Sayn-Wittgenstein, F. et al. (2005). Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. In: *Pflege & Gesellschaft*, 10 (1), S. 3–16.

Schäfers, R. (2011): Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Self-rated health (SRH) and health-related quality of life (HRQoL) in women after childbirth; Münster.

Schlaud, M.; Atzpodien, K.; Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen, in: *Bundesgesundheitsblatt* 50 (5 & 6): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), hrsg. v. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Paul-Ehrlich-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert Koch-Institut, S. 701–710.

Schmidt, U. (2006): Entwicklung wissenschaftlicher Disziplinen am Beispiel der deutschen Familiensoziologie, in: Rehberg, K-S.; Deutsche Gesellschaft für

Soziologie (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München, Bd. 1 & 2.; Frankfurt a. M., S. 1669–1686. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-144357>

Schmidt, S. et al. (2019): Experiences with combined personal-online case management and the self-reliance of older people with multimorbidity living alone in private households. Results of an interpretative-hermeneutical analysis, in: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33 (2019) 4, S. 931–939.

Schwarzmann, A.-L. et al. (2018): „Ich bin dann mal weg!“ Eine Studie zur Berufsfucht von Logopädinnen und Logopäden, in: *Forum Logopädie*, 32 (2018) 3, S. 22 – 27.

Serena, A. et al. (2012): Unmet supportive care needs of lung cancer patients during the chemotherapy phase. A descriptive study, in: *Bulletin du Cancer Suisse/Schweizer Krebsbulletin* 2012; 2: 116-20.

Serena, A. et al. (2017) Feasibility of advanced practice nursing in lung cancer consultations during early treatment: A phase II study, in: *European Journal of Oncology Nursing* 2017; 19: 740-6.

Serena, A. et al. (2018): Acceptance of the Advances Practice Nurse in Lung Cancer Role by health care professionals and patients. A qualitative exploration, in: *International Journal of Nursing Scholarship*; 50(5): 540-548.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokratische Partei (FDP) (Hrsg.) (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP); Berlin. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/20-21-12-10-koav2021-data.pdf>

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2001): Vereinbarung über den Erwerb der Fachhochschulreife in beruflichen Bildungsgängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 05.06.1998 i. d. F. vom 09.03.2001. URL: https://www.kmk.org/fileadmin/Daten/veroeffentlichungen_beschluesse/1997/1997_06_05-Fachoberschulreife-berufliche-Bildung.pdf

Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheitsausgabenrechnung, Methoden und Grundlagen 2008; Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017): Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2.1: Krankheitskosten 2017; Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2021a): Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020. Erste mittelfristige Bevölkerungsberechnung 2021 bis 2035; Wiesbaden. URL: <https://www.destatis.de/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/bevoelkerung-deutsch-land.pdf>

Statistisches Bundesamt (2021b): Fachserie 11 Reihe 2: Berufliche Schulen. Schuljahr 2020/2021; Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2023): Studierende an Hochschulen – Fächersystematik. URL: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Bildung/studenten-pruefungsstatistik.html>

Stichweh, R. (2021): Disziplinarität, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität – Strukturwandel des Wissenschaftssystems (1750–2020). In: Schmohl, T; Philipp, T. (Hrsg.): Handbuch Transdisziplinäre Didaktik. Bd. 1 der Reihe Hochschulbildung: Lehre und Forschung, S. 433–448. URL: <https://doi.org/10.1515/9783839455654-039>

Suso-Martí L.; La Touche R.; Herranz-Gómez, A. et al. (2021): Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapist Practice. An Umbrella and Mapping Review with Meta-Meta-Analysis, in: Phys Ther., 101 (2021) 5.

Sutter, L. et al. (2020): Advanced Practice Midwifery im Bereich perinatale psychische Gesundheit, in.: Frequenz, S. 25–27.

Tietjen, S. et al. (2021): Model of care and chance of spontaneous vaginal birth: a prospective, multicenter matched-pair analysis from North Rhine-Westphalia. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04323-1>

Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) (Hrsg.) (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2020; München. URL: https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2021/10/210929_Pflegemonitoring_Bayern.pdf

von Rahden, O. (2011): Die Wahl des Geburtsorts – Eine Analyse der Entscheidungskriterien schwangerer Frauen am Beispiel des Hebammenkreißsaals. Dissertation zur Erlangung des Dr. Public Health, Universität Bremen, Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften.

Walkenhorst, U. (2013): Zukunft der therapeutischen Gesundheitsberufe im Spannungsfeld von beruflicher Ausbildung und akademischer Qualifizierung – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, in: Bonse-Rohmann, M.; Weyland, U. (Hrsg.): bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 10. URL: https://www.bwpat.de/ht2013/ft10/walkenhorst_ft10-ht2013.pdf

Walkenhorst, U. (2016): Die Relevanz Interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe, in: International

Journal of Health Professions, 3 (2016) 1, S. 21–28. URL: <https://sciendo.com/article/10.1515/ijhp-2016-0003>

Weidner, F.; Schubert, C. (2022) Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“, hrsg. v. Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP); Köln.

Wissenschaftsrat (2011): Empfehlungen zur Bewertung und Steuerung von Forschung (Drs. 1656-11); Halle. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/1656-11.html>

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drs. 2411-12); Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>

Wissenschaftsrat (2013): Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier (Drs. 3479-13); Mainz. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.html>

Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.html>

Wissenschaftsrat (2016a): Eckpunkte zur nichtstaatlichen Mediziner Ausbildung in Deutschland. Positionspapier; Berlin. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5100-16.html>

Wissenschaftsrat (2016b): Perspektiven der Universitätsmedizin; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.html>

Wissenschaftsrat (2016c): Empfehlungen zur Personalgewinnung und -entwicklung an Fachhochschulen (Drs. 5637-16); Weimar. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5637-16.html>

Wissenschaftsrat (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020 (Drs. 7271-18); Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.html>

Wissenschaftsrat (2020): Wissenschaft im Spannungsfeld von Disziplinarität und Interdisziplinarität (Drs. 8694-20); Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2020/8694-20.html>

Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem (Drs. 9192-21); Hannover. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>

Wissenschaftsrat (2022a): Empfehlungen zur Transformation des wissenschaftlichen Publizierens zu Open Access; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/fyrc-vb61>.

Wissenschaftsrat (2022b): Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung – Positionen und Empfehlungen; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bxkz-8407>

Wissenschaftsrat (2023): Strukturen der Forschungsfinanzierung an deutschen Hochschulen; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/pms3-pr05>

Zander, B.; Köppen, J.; Busse, R. (2017): Personalsituation in deutschen Krankenhäusern, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017; Berlin, S. 61 – 78. URL: <https://www.wido.de/Buchreihen/Krankenhaus-report/2017/gesamt.pdf>

Zilezinski, M.; Ritter-Herschbach, M.; Jahn, P. (2022): GRAN-ONCO: „German Research Agenda for Nursing Oncology“. Entwicklung einer Forschungsagenda der onkologischen Pflege in Deutschland, in: Pflege (2022). URL: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302/a000911>

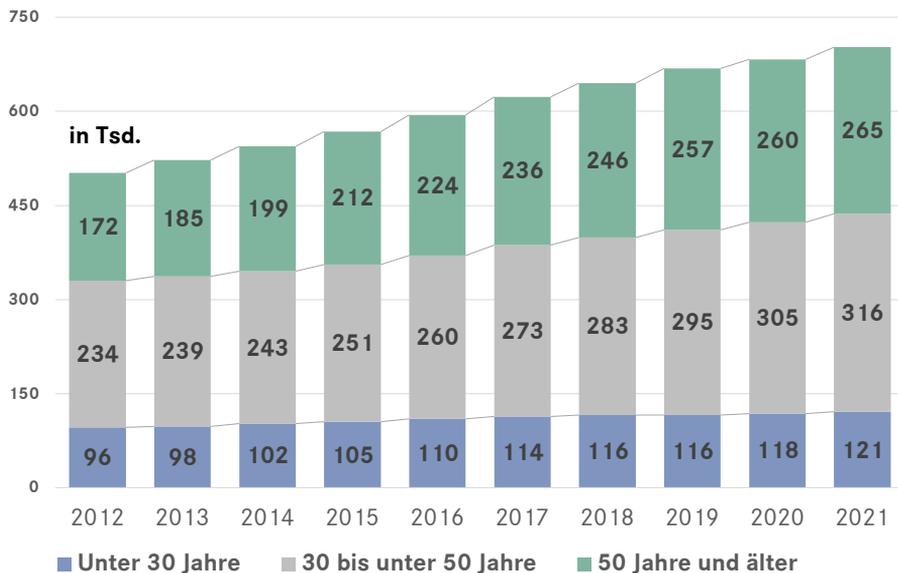
Zöller, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick, in: Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 153, hrsg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung; Bonn.

Zöller, M. (2022): Reformen in Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe. Akademisierung – Modernisierung – Neue Berufe (Stand 2022); Bonn. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/18085>

Abbildung 1:	Gesundheitsfachberufe	14
Abbildung 2:	Beschäftigte im Gesundheitswesen in 2021 (VZÄ in Tsd.)	93
Abbildung 3:	Entwicklungen in den Universitätskliniken (prozentuale Veränderungen 1995 bis 2021)	96
Abbildung 4:	Erweiterung der Typologie dualer Studienformate um primärqualifizierend-duale Bachelor-Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen	115
Abbildung 5:	Beschäftigte (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2012 bis 2021 (ausgewählte Berufe)	132
Abbildung 6:	Vollkräfteentwicklung Medizin und Pflege (allgemeine Krankenhäuser), 1996–2021	135
Abbildung 7:	Vollkräfteentwicklung Medizin und Pflege (Universitätsklinik), 1996–2021	135
Abbildung 8:	Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2015 in Mio. Euro	136
Abbildung 9:	Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2015 in Mio. Euro für den ambulanten Sektor	137
Abbildung 10:	Studienanfängerinnen und -anfänger (1. FS) in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapie, WiSe 2005/06–WiSe 2021/22	138
Abbildung 11:	Absolventinnen und Absolventen in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapien, 2005–2021	139

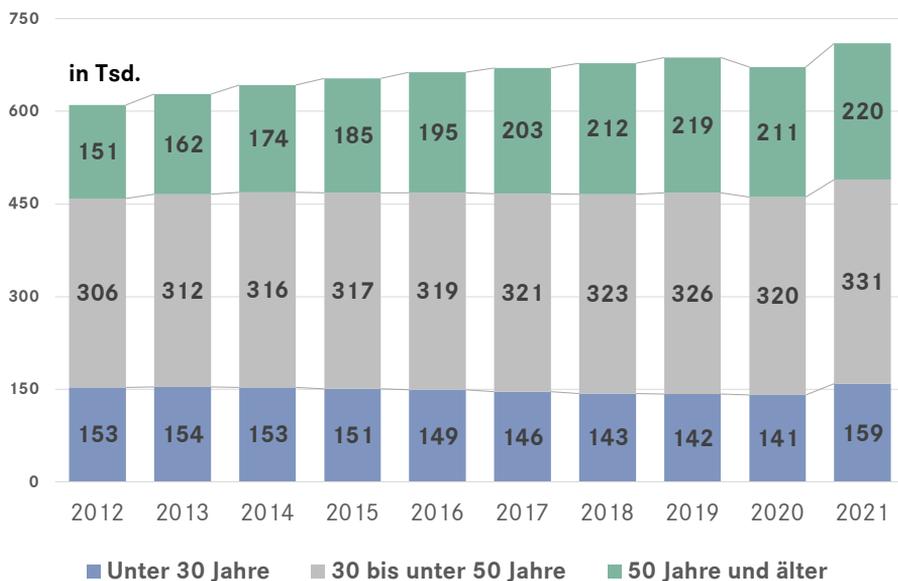
132 **Abbildung 5: Beschäftigte (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2012 bis 2021 (ausgewählte Berufe)**

Altenpflege

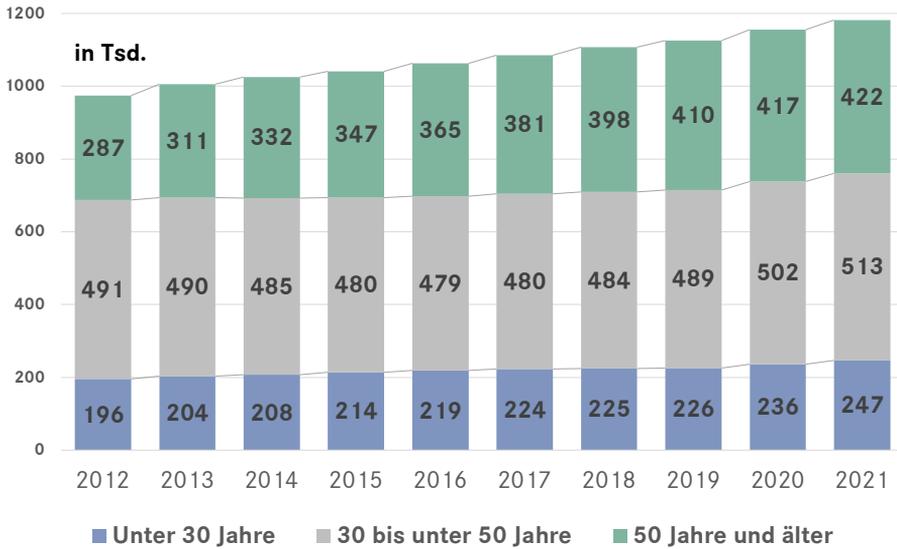


Quelle: Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.

Arzt- und Praxishilfe

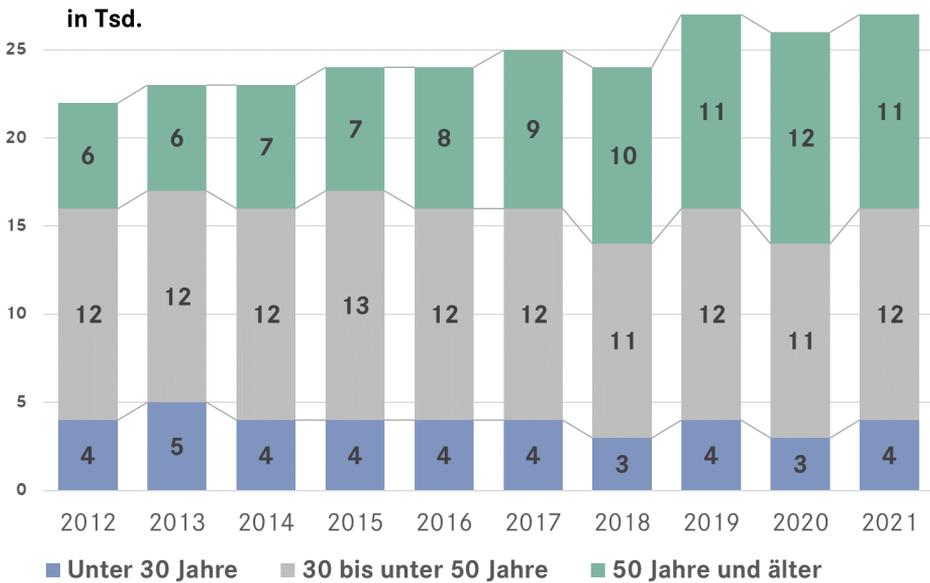


Quelle: Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.



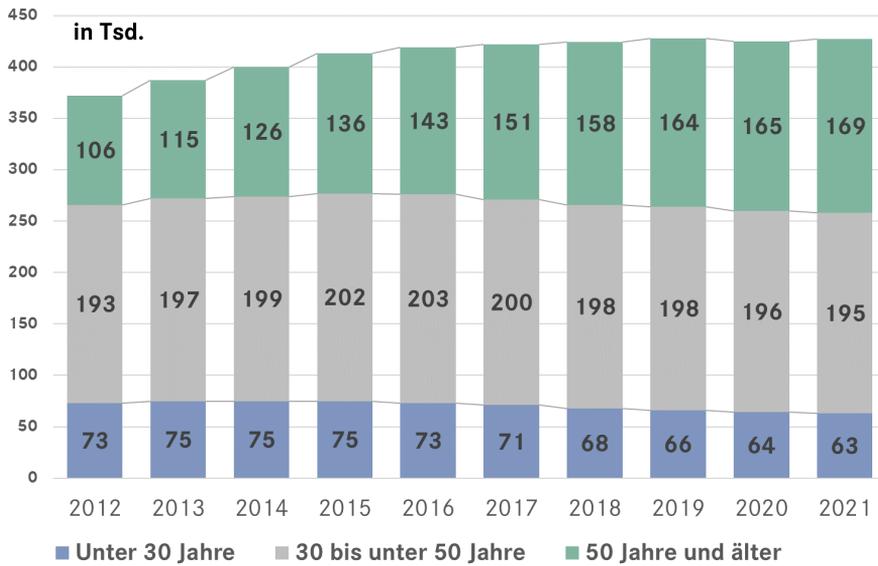
Quelle: Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.

Geburtshilfe und Entbindungspflege



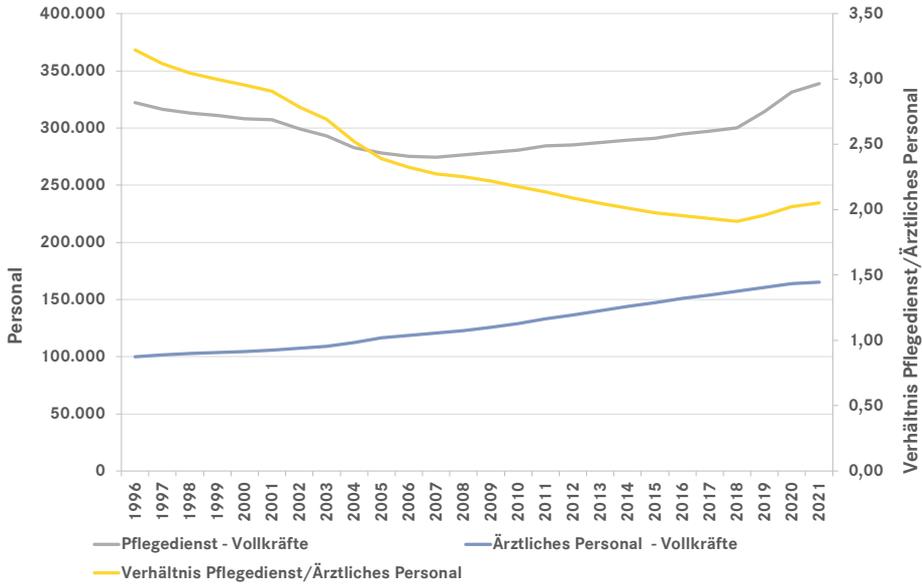
Quelle: Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.

134 Nichtärztliche Therapie und Heilkunde



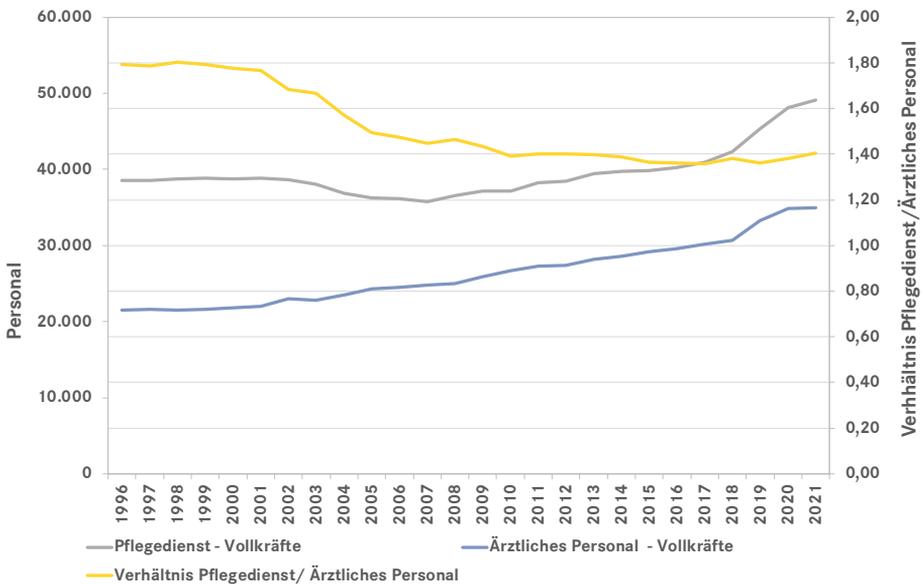
Quelle: Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.

Abbildung 6: Vollkräfteentwicklung Medizin und Pflege (allgemeine Krankenhäuser), 1996–2021



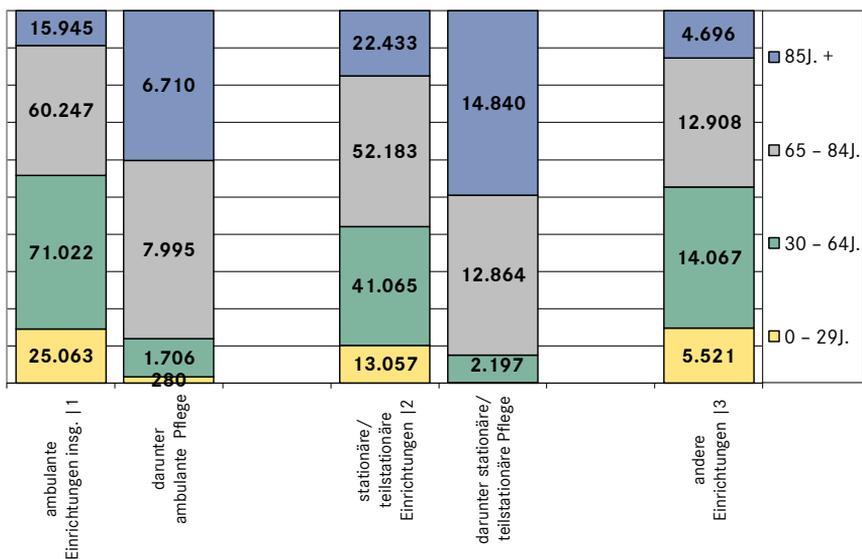
Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser. 1996–2021, Wiesbaden 2023.

Abbildung 7: Vollkräfteentwicklung Medizin und Pflege (Universitätsklinik), 1996–2021



Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser. 1996–2021, Wiesbaden 2023.

136 **Abbildung 8: Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2015 in Mio. Euro**



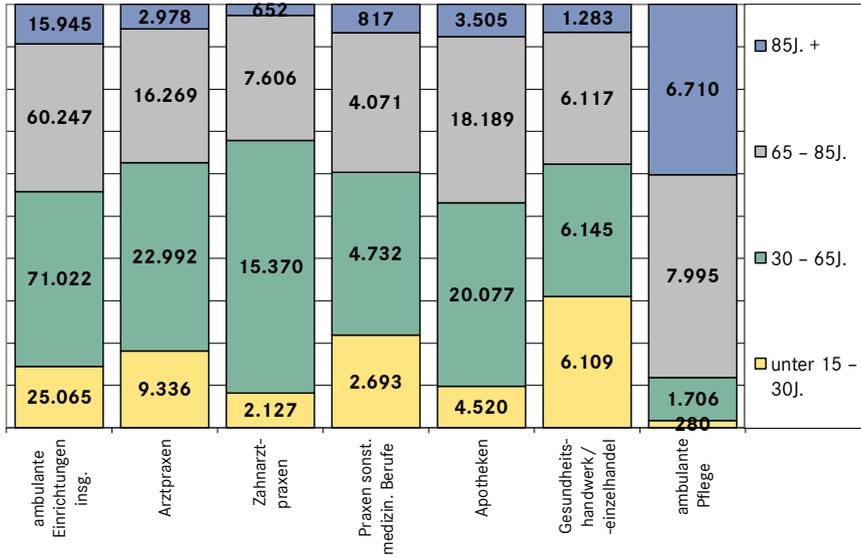
|¹ Ambulante Einrichtungen: Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonst. medizin. Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, ambulante Pflege.

|² Stationäre/teilstationäre Einrichtungen: Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, stationäre/teilstationäre Pflege.

|³ Andere Einrichtungen: Ausland, Gesundheitsschutz, sonst. Einrichtungen u. priv. Haushalte, Rettungsdienste, Verwaltung.

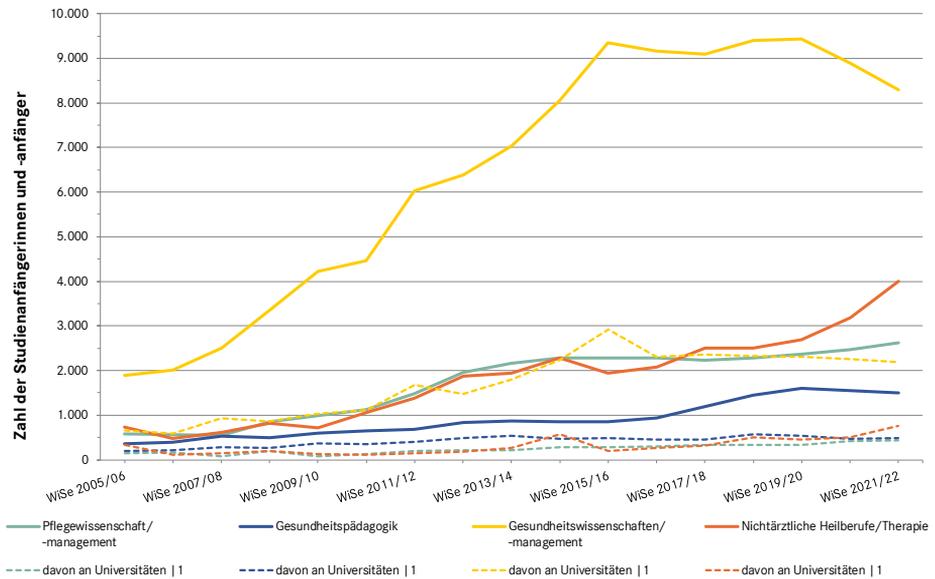
Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2.1: Krankheitskosten. 2015, Wiesbaden 2017 (Erscheinungsfolge: unregelmäßig).

Abbildung 9: Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2015 in Mio. Euro für den ambulanten Sektor



Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2.1: Krankheitskosten. 2015, Wiesbaden 2017 (Erscheinungsfolge: unregelmäßig).

Abbildung 10: Studienanfängerinnen und -anfänger (1. FS) in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapie, WiSe 2005/06–WiSe 2021/22



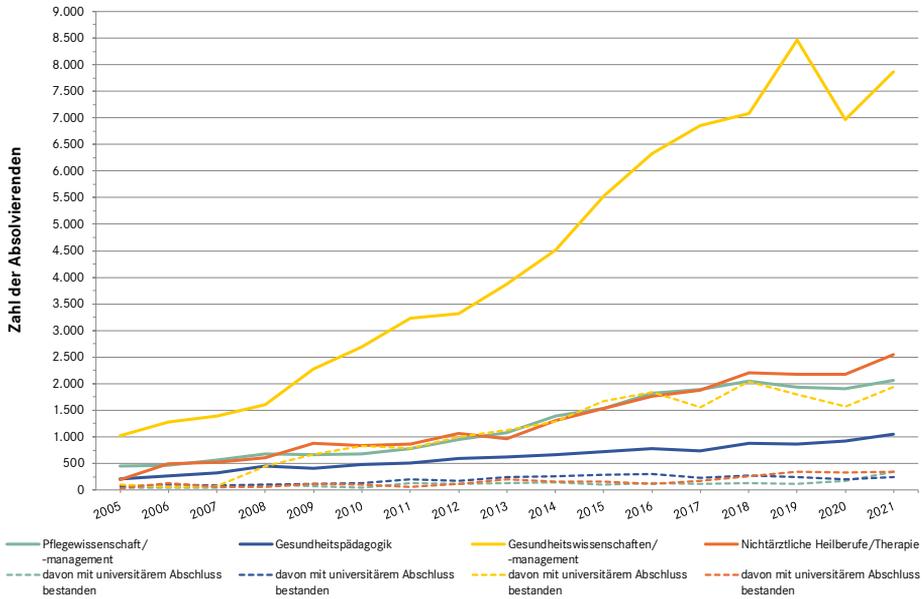
WiSe = Wintersemester.

|¹ Einschließlich Pädagogische Hochschule, Gesamthochschule, Theologische Hochschule und Kunsthochschule.

Aus Geheimhaltungsgründen wird ein Rundungsverfahren auf alle Werte angewendet. Jede absolute Fallzahl wird auf ein Vielfaches von 5 auf- oder abgerundet.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen. Verschiedene Jahrgänge, Wiesbaden 2005–2022.

Abbildung 11: Absolventinnen und Absolventen in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapien, 2005–2021



Hinweis: Für Abschlussart „universitärer Abschluss“ ist die Vergleichbarkeit der Angaben für die Zeiträume 2005–2007 und 2008–2017 aufgrund einer Umstellung der Prüfungssystematik nur eingeschränkt möglich. Ab dem Wintersemester 2007/08 werden die Bachelor- und Masterabschlüsse nicht als eigenständige Prüfungsgruppe erfasst, sondern als untergeordnete Abschlussprüfung der jeweiligen Prüfungsgruppe zugewiesen. Für den Zeitraum 2005–2007 wurde die Prüfungsgruppe „Diplom (U) und entsprechende Abschlussprüfungen“ betrachtet. Für den Zeitraum 2008–2021 handelt es sich um die Prüfungsgruppe „universitärer Abschluss (ohne Lehramtsprüfung)“.

Anmerkungen:

Bei der Hochschule handelt es sich um die Hochschule der letzten Immatrikulation. Das Bundesland der Hochschule kann vom Berichtsland der abgelegten Prüfung abweichen. Das Prüfungsjahr setzt sich zusammen aus dem Sommer- und vorangegangenen Wintersemester (z. B. 2015 = Wintersemester 2014/15 und Sommersemester 2015). Aus Geheimhaltungsgründen wird ein Rundungsverfahren auf alle Werte angewendet. Jede absolute Fallzahl wird auf ein Vielfaches von 5 auf- oder abgerundet.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.2: Prüfungen an Hochschulen. Verschiedene Jahrgänge, Wiesbaden 2005–2022.

Tabelle 1:	Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2015 in Mio. Euro sowie für den ambulanten Sektor	141
Tabelle 2:	Studienanfängerinnen und -anfänger (1. FS) in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapie, WS 2005/06–WS 2021/22	142
Tabelle 3:	Absolventinnen und Absolventen in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapien, 2005–2021	144
Tabelle 4:	Studienanfängerinnen und -anfänger im 1. Fachsemester je Fachgebiet, HAW/FH, für die Jahre 2019–2021	146
Tabelle 5:	Studienanfängerinnen und -anfänger im 1. Fachsemester je Fachgebiet, Universitäten, für die Jahre 2019–2021	148

Tabelle 1: Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2015 in Mio. Euro sowie für den ambulanten Sektor

Einrichtungen des Gesundheitswesens	im Alter von ... bis unter ... Jahren					
	unter 15	15 - 30	30 - 45	45 - 65	65 - 85	85 und mehr
ambulante Einrichtungen	12.030	13.033	19.603	51.419	60.247	15.945
Arztpraxen	4.033	5.303	7.151	15.841	16.269	2.978
Zahnarztpraxen	535	1.592	4.110	11.260	7.606	652
Praxen sonst. medizin. Berufe	1.763	930	1.297	3.435	4.071	817
Apotheken	1.585	2.935	5.170	14.907	18.189	3.505
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	4.001	2.108	1.623	4.522	6.117	1.283
ambulante Pflege	114	166	252	1.454	7.995	6.710
stationäre/teilstationäre Einrichtungen	6.018	7.039	9.977	31.088	52.183	22.433
Krankenhäuser	5.554	6.590	8.469	24.606	36.866	7.395
Vorsorge-/ Reha.-Einrichtungen	455	403	1.331	4.461	2.452	199
stationäre/teilstationäre Pflege	9	46	177	2.020	12.864	14.840
sonstige	2.219	3.302	4.120	9.947	12.908	4.696

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2.1: Krankheitskosten. 2015, Wiesbaden 2017 (Erscheinungsfolge: unregelmäßig).

Tabelle 2: Studienanfängerinnen und -anfänger (1. FS) in den Studienfächern Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik, Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche Heilberufe/Therapie, WS 2005/06–WS 2021/22

Jahr	Pflegewissenschaft/ -management			Gesundheitspädagogik		
	Studienanfänger- innen und - anfänger an Hoch- schulen insg.	davon an Universitäten ¹	davon Frauen an Hoch- schulen insg.	Studienanfänger- innen und - anfänger an Hoch- schulen insg.	davon an Universitäten ¹	davon Frauen an Hoch- schulen insg.
WS 2005/06	575	25,2%	74,8%	365	56,2%	84,9%
WS 2006/07	560	28,6%	80,4%	395	55,7%	79,7%
WS 2007/08	545	12,8%	77,1%	525	55,2%	82,9%
WS 2008/09	845	22,5%	75,1%	495	54,5%	82,8%
WS 2009/10	995	8,5%	80,9%	595	60,5%	84,9%
WS 2010/11	1.125	12,0%	74,2%	655	52,7%	83,2%
WS 2011/12	1.475	13,9%	77,6%	680	59,6%	84,6%
WS 2012/13	1.965	10,7%	76,8%	830	57,8%	84,9%
WS 2013/14	2.160	9,7%	78,7%	865	63,0%	84,4%
WS 2014/15	2.280	12,1%	78,7%	845	55,6%	85,2%
WS 2015/16	2.290	12,0%	75,8%	845	56,8%	82,8%
WS 2016/17	2.290	13,1%	77,7%	940	48,4%	79,8%
WS 2017/18	2.225	14,6%	78,4%	1.195	37,7%	82,4%
WS 2018/19	2.290	14,8%	78,2%	1.440	39,9%	82,6%
WS 2019/20	2.370	14,3%	77,8%	1.595	33,9%	79,0%
WS 2020/21	2.475	17,2%	77,2%	1.545	30,1%	80,3%
WS 2021/22	2.621	16,9%	77,6%	1.494	32,9%	79,5%

Jahr	Gesundheitswissenschaften/ -management		
	Studienanfänger- innen und - anfänger an Hoch- schulen insg.	davon an Universitäten ¹	davon Frauen an Hoch- schulen insg.
WS 2005/06	1.895	34,3%	60,4%
WS 2006/07	2.015	29,0%	63,3%
WS 2007/08	2.505	36,9%	65,7%
WS 2008/09	3.350	25,8%	69,6%
WS 2009/10	4.220	24,4%	69,0%
WS 2010/11	4.465	25,0%	70,7%
WS 2011/12	6.020	27,8%	71,1%
WS 2012/13	6.390	23,0%	70,8%
WS 2013/14	7.040	25,4%	69,5%
WS 2014/15	8.055	27,8%	70,1%
WS 2015/16	9.350	31,2%	69,3%
WS 2016/17	9.160	25,1%	70,4%
WS 2017/18	9.090	25,9%	70,4%
WS 2018/19	9.400	24,8%	71,5%
WS 2019/20	9.440	24,4%	71,3%
WS 2020/21	8.885	25,5%	75,4%
WS 2021/22	8.293	26,4%	74,5%

Jahr	Nichtärztliche Heilberufe/Therapie		
	Studienanfänger- innen und - anfänger an Hoch- schulen insg.	davon an Universitäten ¹	davon Frauen an Hoch- schulen insg.
WS 2005/06	735	46,3%	85,7%
WS 2006/07	485	21,6%	77,3%
WS 2007/08	610	23,0%	78,7%
WS 2008/09	815	23,3%	79,8%
WS 2009/10	710	17,6%	78,9%
WS 2010/11	1.065	11,3%	82,6%
WS 2011/12	1.375	10,9%	80,4%
WS 2012/13	1.880	9,3%	80,1%
WS 2013/14	1.940	13,4%	80,2%
WS 2014/15	2.280	24,8%	77,2%
WS 2015/16	1.940	10,1%	79,9%
WS 2016/17	2.070	12,8%	78,3%
WS 2017/18	2.500	12,8%	77,0%
WS 2018/19	2.505	19,8%	77,2%
WS 2019/20	2.695	16,7%	81,6%
WS 2020/21	3.180	15,6%	82,1%
WS 2021/22	3.997	19,2%	83,2%

WiSe = Wintersemester.

|¹ Einschließlich Pädagogische Hochschule, Gesamthochschule, Theologische Hochschule und Kunsthochschule.

Aus Geheimhaltungsgründen wird ein Rundungsverfahren auf alle Werte angewendet. Jede absolute Fallzahl wird auf ein Vielfaches von 5 auf- oder abgerundet.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen. Verschiedene Jahrgänge, Wiesbaden 2005–2022.

**Tabelle 3: Absolventinnen und Absolventen in den Studienfächern
Pflegerwissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik,
Gesundheitswissenschaften/-management und Nichtärztliche
Heilberufe/Therapien, 2005–2021**

Jahr	Pflegerwissenschaft/ -management			Gesundheitspädagogik		
	Absolventinnen und Absolventen an Hochschulen insg.	darunter mit universitärem Abschluss bestanden	davon Frauen an Hochschulen insg.	Absolventinnen und Absolventen an Hochschulen insg.	darunter mit universitärem Abschluss bestanden	davon Frauen an Hochschulen insg.
2005	450	10,0%	75,6%	205	39,0%	78,0%
2006	460	9,8%	78,3%	270	37,0%	81,5%
2007	570	7,9%	73,7%	325	26,2%	83,1%
2008	680	14,0%	75,7%	445	22,5%	80,9%
2009	665	10,5%	76,7%	410	28,0%	80,5%
2010	675	5,9%	79,3%	480	28,1%	84,4%
2011	785	15,9%	75,2%	510	38,2%	86,3%
2012	955	11,5%	77,0%	590	28,8%	85,6%
2013	1.075	11,6%	78,6%	620	38,7%	83,9%
2014	1.395	10,0%	77,1%	665	39,1%	86,5%
2015	1.540	6,2%	79,2%	720	40,3%	86,1%
2016	1.815	7,4%	78,2%	780	37,8%	87,2%
2017	1.890	6,1%	77,5%	735	31,3%	85,0%
2018	2.045	6,1%	78,0%	885	30,5%	85,3%
2019	1.935	5,9%	79,1%	870	28,2%	85,1%
2020	1.905	9,2%	81,1%	920	21,3%	79,3%
2021	2.064	17,0%	80,4%	1.050	23,8%	83,1%

Jahr	Gesundheitswissenschaften/ -management			Nichtärztliche Heilberufe/Therapie		
	Absolventinnen und Absolventen an Hochschulen insg.	darunter mit universitärem Abschluss bestanden	davon Frauen an Hochschulen insg.	Absolventinnen und Absolventen an Hochschulen insg.	darunter mit universitärem Abschluss bestanden	davon Frauen an Hochschulen insg.
2005	1.025	10,2%	69,8%	200	17,5%	82,5%
2006	1.280	5,1%	64,5%	490	25,5%	82,7%
2007	1.395	5,0%	62,4%	525	10,5%	83,8%
2008	1.600	28,1%	63,1%	605	9,9%	84,3%
2009	2.280	29,4%	63,2%	875	13,1%	85,1%
2010	2.695	31,0%	63,8%	835	11,4%	85,0%
2011	3.235	24,1%	66,6%	870	6,3%	85,1%
2012	3.310	30,1%	71,8%	1.070	11,2%	86,0%
2013	3.880	29,0%	71,5%	960	20,3%	83,3%
2014	4.520	28,3%	70,4%	1.310	11,8%	83,6%
2015	5.520	30,3%	70,1%	1.535	10,7%	85,0%
2016	6.320	29,1%	71,8%	1.760	6,8%	85,2%
2017	6.855	22,7%	71,8%	1.880	9,6%	83,2%
2018	7.080	28,8%	70,2%	2.210	12,0%	81,9%
2019	8.460	21,3%	71,0%	2.170	15,7%	82,0%
2020	6.960	22,6%	74,6%	2.180	14,9%	82,1%
2021	7.864	24,6%	75,9%	2.552	13,5%	82,8%

Hinweis: Für Abschlussart „universitärer Abschluss“ ist die Vergleichbarkeit der Angaben für die Zeiträume 2005–2007 und 2008–2017 aufgrund einer Umstellung der Prüfungssystematik nur eingeschränkt möglich. Ab dem Wintersemester 2007/08 werden die Bachelor- und Masterabschlüsse nicht als eigenständige Prüfungsgruppe erfasst, sondern als untergeordnete Abschlussprüfung der jeweiligen Prüfungsgruppe zugewiesen. Für den Zeitraum 2005–2007 wurde die Prüfungsgruppe „Diplom (U) und entsprechende Abschlussprüfungen“ betrachtet. Für den Zeitraum 2008–2021 handelt es sich um die Prüfungsgruppe „universitärer Abschluss (ohne Lehramtsprüfung)“.

Anmerkungen:

Bei der Hochschule handelt es sich um die Hochschule der letzten Immatrikulation. Das Bundesland der Hochschule kann vom Berichtsland der abgelegten Prüfung abweichen. Das Prüfungsjahr setzt sich zusammen aus dem Sommer- und vorangegangenen Wintersemester (z. B. 2015 = Wintersemester 2014/15 und Sommersemester 2015). Aus Geheimhaltungsgründen wird ein Rundungsverfahren auf alle Werte angewendet. Jede absolute Fallzahl wird auf ein Vielfaches von 5 auf- oder abgerundet.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.2: Prüfungen an Hochschulen. Verschiedene Jahrgänge, Wiesbaden 2005–2022.

Tabelle 4: Studienanfängerinnen und -anfänger im 1. Fachsemester je Fachgebiet, HAW/FH, für die Jahre 2019–2021

	Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Bachelorabschluss					Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Masterabschluss			GESAMT	
	primär-qualifizierend	ausbildungs-integrierend	ausbildungs-begleitend	additiv	sonstige	kons-ekutiv	weiter-bildend	sonstige	1. FS - Bachelorabschluss	1. FS - Masterabschluss
Pflegewissenschaft										
2019	131	831	14	85	272	54	30	27	1.333	111
n ¹	5	25	2	4	13	4	1	2	49	7
2020	254	431	7	64	311	63	44	55	1.067	162
n	13	14	2	4	11	5	2	3	44	10
2021	265	474	9	130	310	34	29	80	1.188	143
n	14	17	1	7	13	2	1	3	52	6
Hebammen-wissenschaft										
2019	102	223	0	0	56	0	0	0	381	0
n	3	7	0	0	1	0	0	0	11	0
2020	177	278	0	42	136	0	0	0	633	0
n	6	7	0	2	3	0	0	0	18	0
2021	377	328	0	51	187	0	0	0	943	0
n	12	9	0	2	5	0	0	0	28	0
Physiotherapie										
2019	48	308	62	0	171	0	9	0	589	9
n	2	8	1	0	6	0	1	0	17	1
2020	50	367	52	0	171	0	9	4	640	13
n	2	9	1	0	6	0	1	1	18	2
2021	54	354	63	0	269	0	7	26	740	33
n	2	8	1	0	8	0	1	2	19	3
Ergotherapie										
2019	0	13	0	0	40	0	0	0	53	0
n	0	1	0	0	2	0	0	0	3	0
2020	25	14	0	0	41	0	0	0	80	0
n	1	1	0	0	2	0	0	0	4	0
2021	23	21	0	0	35	0	0	0	79	0
n	1	1	0	0	2	0	0	0	4	0
Logopädie/ Sprachtherapie										
2019	0	45	0	0	45	0	0	0	90	0
n	0	2	0	0	2	0	0	0	4	0
2020	0	40	0	5	50	0	0	0	95	0
n	0	2	0	1	3	0	0	0	6	0
2021	0	36	0	3	58	0	0	0	97	0
n	0	2	0	1	2	0	0	0	5	0

	Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Bachelorabschluss					Studienanfänger- innen und -anfänger 1. FS - Masterabschluss			GESAMT	
	primär- qualifi- zierend	ausbil- dungs- integrier- end	ausbil- ungs- beglei- tend	additiv	sonstige	konse- kativ	weiter- bildend	sonstige	1. FS - Bachelor- abschluss	1. FS - Master- abschluss
Therapiewissen- schaften										
2019	0	98	32	58	0	0	0	123	188	123
n	0	2	1	2	0	0	0	4	5	4
2020	0	83	48	86	0	0	8	42	217	50
n	0	2	1	2	0	0	1	2	5	3
2021	0	96	69	97	0	0	0	49	262	49
n	0	2	1	2	0	0	0	3	5	3
Kombinations- studiengänge										
2019	44	315	0	29	75	5	0	16	463	21
n	1	2	0	1	3	1	0	1	7	2
2020	44	315	0	15	122	15	0	12	496	27
n	1	3	0	1	4	1	0	1	9	2
2021	42	341	0	10	51	12	0	19	444	31
n	1	3	0	1	2	1	0	1	7	2

|¹ n = Anzahl der Studiengänge

Quelle: Abfrage der Bundesländer durch den Wissenschaftsrat; Stand der Abfrage: Oktober 2022.

Tabelle 5: Studienanfängerinnen und -anfänger im 1. Fachsemester je Fachgebiet, Universitäten, für die Jahre 2019–2021

	Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Bachelorabschluss					Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Masterabschluss			GESAMT	
	primär-qualifizierend	ausbildungs-integrierend	ausbildungs-begleitend	additiv	sonstige	konservativ	weiterbildend	sonstige	1. FS - Bachelorabschluss	1. FS - Masterabschluss
Pflegewissenschaft										
2019	7	122	17	0	1	13	14	59	147	86
n ¹	1	5	1	0	1	1	1	4	8	6
2020	74	121	0	0	40	11	13	65	235	89
n	3	5	0	0	1	1	1	4	9	6
2021	113	89	0	0	33	0	20	48	235	68
n	4	4	0	0	1	0	1	3	9	4
Hebammenwissenschaft										
2019	18	42	0	0	0	0	11	0	60	11
n	1	2	0	0	0	0	1	0	3	1
2020	135	33	0	0	0	0	8	0	168	8
n	3	1	0	0	0	0	1	0	4	1
2021	280	35	0	0	99	0	7	0	414	7
n	7	1	0	0	4	0	1	0	12	1
Physiotherapie										
2019	40	0	0	0	3	0	0	7	43	7
n	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1
2020	40	15	0	0	7	0	0	4	62	4
n	1	1	0	0	1	0	0	1	3	1
2021	40	1	0	0	2	0	0	7	43	7
n	1	1	0	0	1	0	0	1	3	1
Ergotherapie										
2019	0	0	0	13	0	0	0	0	13	0
n	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
2020	0	0	0	8	0	0	0	0	8	0
n	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
2021	0	0	0	9	0	0	0	0	9	0
n	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Logopädie/ Sprachtherapie										
2019	0	40	0	17	68	0	0	14	125	14
n	0	2	0	2	2	0	0	1	6	1
2020	0	42	0	28	75	0	0	28	145	28
n	0	2	0	2	2	0	0	1	6	1
2021	0	63	0	6	63	0	0	16	132	16
n	0	3	0	1	2	0	0	1	6	1

	Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Bachelorabschluss					Studienanfängerinnen und -anfänger 1. FS - Masterabschluss			GESAMT	
	primär-qualifizierend	ausbildungs-integrierend	ausbildungs-begleitend	additiv	sonstige	konservativ	weiterbildend	sonstige	1. FS - Bachelorabschluss	1. FS - Masterabschluss
Therapiewissenschaften										
2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kombinationsstudiengänge										
2019	0	26	0	0	0	15	0	0	26	15
n	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
2020	0	35	0	12	0	2	0	19	47	21
n	0	1	0	1	0	1	0	2	2	3
2021	0	19	0	14	0	13	0	23	33	36
n	0	1	0	1	0	1	0	1	2	2

|¹ n = Anzahl der Studiengänge

Quelle: Abfrage der Bundesländer durch den Wissenschaftsrat; Stand der Abfrage: Oktober 2022.

Mitwirkende

Im Folgenden werden die an den Beratungen im Wissenschaftsrat, in der Arbeitsgruppe „Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitssystem - Nachverfolgung“ sowie die am Entstehungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle aufgelistet.

Die von Arbeitsgruppen und Ausschüssen erarbeiteten Entwürfe werden bei den einstufigen Verfahren in den Kommissionen des Wissenschaftsrats diskutiert und können ggf. auch verändert werden. Im Ergebnis ist damit der Wissenschaftsrat Autor der veröffentlichten Empfehlungen, Stellungnahmen und Positionspapiere.

Vorsitzender

Professor Dr. Wolfgang Wick
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg (DKFZ)

Generalsekretär

Thomas May
Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats

Wissenschaftliche Kommission des Wissenschaftsrats

Professorin Dr. Julia Arlinghaus
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg | Fraunhofer-Institut
für Fabrikbetrieb und -automatisierung IFF, Magdeburg

Dr. Ulrich A. K. Betz
Merck KGaA

Professorin Dr. Nina Dethloff
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Dr. Cord Dohrmann
Evotec SE

Professor Dr. Jakob Edler
Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI |
Manchester Institute of Innovation Research

Professorin Dr. Beate Escher
Universität Tübingen / Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung –
UFZ, Leipzig

Professor Dr. Christian Facchi
Technische Hochschule Ingolstadt

Professorin Dr. Christine Falk
Medizinische Hochschule Hannover

Marco R. Fuchs
OHB SE, Bremen

Professorin Dr. Uta Gaidys
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Alexandra Gerlach

Journalistin

Professor Dr. Michael Hallek

Universität zu Köln

Dr.-Ing. Frank Heinrich

SCHOTT AG

Professor Dr. Jürgen Heinze

Universität Regensburg

Professorin Dr. Denise Hilfiker-Kleiner

Philipps-Universität Marburg

Dr. Stefan Kampmann

Voith Group

Professorin Dr. Gudrun Krämer

Freie Universität Berlin

Professor Dr. Wolfgang Lehner

Technische Universität Dresden

Dr. Claudia Lücking-Michel

AGIAMONDO e. V.

Professor Dr. Gerard J. M. Meijer

Fritz-Haber-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin

Professorin Dr. Ursula Rao

Max-Planck-Institut für Ethnologische Forschung, Halle |

Universität Leipzig

Professorin Dr. Gabriele Sadowski

Technische Universität Dortmund

Professor Dr. Ferdi Schüth

Max-Planck-Institut für Kohlenforschung, Mülheim/Ruhr

Stellvertretender Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. Harald Schwager

EVONIK Leading Beyond Chemistry

Professorin Dr. Christine Silberhorn

Universität Paderborn

Professorin Dr. Heike Solga

Freie Universität Berlin | Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Vorsitzende der Wissenschaftlichen Kommission

Professor Dr. Thomas S. Spengler
Technische Universität Braunschweig

Professorin Dr. Birgit Spinath
Universität Heidelberg

Professor Dr.-Ing. Martin Sternberg
Hochschule Bochum | Promotionskolleg für angewandte Forschung
in Nordrhein-Westfalen

Professorin i. R. Dr. Margit Szöllösi-Janze
Ludwig-Maximilians-Universität München

Professor Dr. Martin Visbeck
GEOMAR Helmholtz-Zentrum für Ozeanforschung Kiel

Professor Dr. Wolfgang Wick
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
Vorsitzender des Wissenschaftsrats

Verwaltungskommission (Stand: Oktober 2023)

Von der Bundesregierung entsandte Mitglieder

Professorin Dr. Sabine Döring
Staatssekretärin im Bundesministerium für Bildung und Forschung
Vorsitzende der Verwaltungskommission

Judith Pirscher
Staatssekretärin im Bundesministerium für Bildung und Forschung

Werner Gatzer
Staatssekretär im Bundesministerium der Finanzen

Juliane Seifert
Staatssekretärin im Bundesministerium des Innern und für Heimat

Silvia Bender
Staatssekretärin im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

Udo Philipp
Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz

Baden-Württemberg

Petra Olschowski
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst

Bayern

Markus Blume
Staatsminister für Wissenschaft und Kunst
Vorsitzender der Verwaltungskommission

Berlin

Dr. Ina Czyborra
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Brandenburg

Dr. Manja Schüle
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur

Bremen

Kathrin Moosdorf
Senatorin für Umwelt, Klima und Wissenschaft

Hamburg

Dr. Andreas Dressel
Präses der Finanzbehörde

Hessen

Angela Dorn-Rancke
Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst

Mecklenburg-Vorpommern

Bettina Martin
Ministerin für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten

Niedersachsen

Falko Mohrs
Minister für Wissenschaft und Kultur

Nordrhein-Westfalen

Ina Brandes
Ministerin für Kultur und Wissenschaft

Rheinland-Pfalz

Clemens Hoch
Minister für Wissenschaft und Gesundheit

Saarland

Jakob von Weizsäcker
Minister für Finanzen und Wissenschaft

Sachsen

Sebastian Gemkow
Staatsminister für Wissenschaft im Staatsministerium für Wissenschaft,
Kultur und Tourismus

Sachsen-Anhalt

Professor Dr. Armin Willingmann
Minister für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt
Stellvertretender Vorsitzender der Verwaltungskommission

Schleswig-Holstein

Karin Prien
Ministerin für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft,
Forschung und Kultur

Thüringen

Wolfgang Tiefensee
Minister für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft

Professorin Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Hochschule Osnabrück

Professorin Dr. Anja Kathrin Boßerhoff
Universität Erlangen-Nürnberg

Vorsitzende der Arbeitsgruppe

Professor Dr. Jörg Barkhausen
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Professor Dr. Dr. H.c. Andreas Büscher
Hochschule Osnabrück

Professor Dr. Reinhard Busse
Technische Universität Berlin

Professorin Dr. Ingrid Darmann-Finck
Universität Bremen

Professorin Dr. Anne Friedrichs
Hochschule für Gesundheit, Bochum

Professorin Dr. Uta Gaidys
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission des WR

Regierungsdirektorin Antonia Hellweg
Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg

Ursula Helms
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Berlin

Professorin Dr. Heidi Höppner
Alice Salomon Hochschule Berlin

Professor Dr. Heyo Kroemer
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Regierungsdirektorin Dr. Kristina Kühl
Bundesministerium für Gesundheit

Professorin Dr. Norina Lauer
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

Eva Lück-Roeder

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

Regierungsdirektor Ralf Mytzek-Zühlke

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Dr. Karin Richter

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

Professorin Dr. Heike Solga

Wissenschaftszentrum Berlin | Freie Universität Berlin

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission des WR

Professor Dr. Wolfgang Wick

Universität Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission des WR

als Gäste

Professor Dr. Michael Isfort

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Professor Dr. Frank Weidner

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Dr. Beatrix Schwörer (Abteilungsleiterin)

Dr. Elke Lütke-meier (Referentin)

Samir Akrimi (Studentische Hilfskraft)

Sabine Gebauer (Teamassistentin)

Dr. Lisa Hölscher (Referentin)

Jasmina Islamovic (Sachbearbeiterin)

Eric Morsi (Sachbearbeiter)

Margret Nomrowski (Teamassistentin)

Selma Ucar (Teamassistentin)

Nicole Weppler (Referentin)

Julia Weuthen (Sachbearbeiterin)