



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAPHIE

# **„Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“**

## **Problemlagen und Handlungsansätze – Bericht aus der Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“**

März 2015

**Erstellt vom**

**Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Zentrum  
der Goethe-Universität Frankfurt a.M.**

**im Auftrag des**

**Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und  
Demografie Rheinland-Pfalz**

Oliver Lauxen

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Ergebnisse – Berufsspezifische Problemlagen und Handlungsansätze .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Diätassistenten/innen .....</b>	<b>12</b>
3.1.1 Aufwertung des Berufs .....	12
3.1.2 Ausbildung zukunftsfähig gestalten .....	13
3.1.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	14
3.1.4 Aktivierung externer Potentiale .....	16
3.1.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	17
<b>3.2 Ergotherapeuten/innen .....</b>	<b>17</b>
3.2.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	18
3.2.2 Ausbildung zukunftsfähig gestalten .....	22
3.2.3 Aufwertung des Berufs .....	25
3.2.4 Aktivierung externer Potentiale .....	25
3.2.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	27
<b>3.3 Hebammen/Entbindungspfleger .....</b>	<b>28</b>
3.3.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	28
3.3.2 Zukunftsfähige Gestaltung des Ausbildungsbereichs .....	30
3.3.3 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	32
<b>3.4 Logopäden/innen .....</b>	<b>33</b>
3.4.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	33
3.4.2 Ausbildung zukunftsfähig gestalten .....	36
3.4.3 Aufwertung des Berufs .....	39
3.4.4 Aktivierung der Stillen Reserve .....	39
3.4.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	40
<b>3.5 Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen .....</b>	<b>41</b>
3.5.1 Aufwertung des Berufs .....	41
3.5.2 Gewinnung von Auszubildenden .....	42
3.5.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	44

3.5.4 Aktivierung externer Potentiale .....	45
3.5.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	46
<b>3.6 Physiotherapeuten/innen .....</b>	<b>47</b>
3.6.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	48
3.6.2 Gewinnung von Auszubildenden .....	51
3.6.3 Aufwertung des Berufs durch mehr Therapiefreiheit.....	54
3.6.4 Aktivierung externer Potentiale .....	55
3.6.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	56
<b>3.7 Podologen/innen.....</b>	<b>57</b>
3.7.1 Gewinnung von Auszubildenden .....	58
3.7.2 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen .....	60
3.7.3 Aktivierung externer Potentiale .....	60
3.7.4 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung .....	61
<b>3.8 Fazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Therapeutischen Gesundheitsfachberufen.....</b>	<b>62</b>
<b>4. Ausblick .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>68</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>68</b>

# 1. Einleitung

Das Thema Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen hat mittlerweile eine hohe Präsenz in der (Fach-)Öffentlichkeit. Dass die Fachkräftebedarfe steigen, wenn die Bevölkerung altert, erscheint unmittelbar einleuchtend. Allerdings stehen meist nur einzelne, große Berufsgruppen im Fokus des Fachkräftesicherungsdiskurses, vor allem Pflegekräfte und Ärzte/innen. Darüber hinaus gibt es jedoch viele weitere Berufsgruppen, die von Bedeutung sind, wenn es darum geht, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Zukünftig wird das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe eine zentrale Voraussetzung für eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung darstellen.

In Deutschland liegt die Zuständigkeit für die Planung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe bei den Bundesländern. Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) hat sich im Jahr 2010 entschlossen, die im Land implementierte kontinuierliche Berichterstattung über die Fachkräftesituation in den Pflegeberufen (Branchenmonitoring Pflege) auf sämtliche 18 bundes- und landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe zu erweitern. Mit dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“, das im Jahr 2013 abgeschlossen wurde, ist es gelungen, einen differenzierten Einblick in die aktuelle und zukünftige Arbeitsmarktlage in diesen Berufen zu bekommen und die Planung des Ausbildungsbereiches entsprechend des Fachkräftebedarfs auszurichten. Bis dahin war nicht bekannt, ob es einen ungedeckten Arbeitskräftebedarf bei den Gesundheitsfachberufen außerhalb der Pflegeberufe gibt und wie sich die Lage zukünftig entwickeln wird.

Im ersten Teil des Landesleitprojekts, dem „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe“<sup>1</sup>, wurde die Arbeitsmarktlage im Jahr 2010 beschrieben. Im zweiten Teil, dem „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“<sup>2</sup> wurden Prognosen zur Fachkräftesituation für die Jahre 2015, 2020 und 2025 gerechnet. Im dritten Teilprojekt wurden eine Bestandsaufnahme und ein Gutachten zum Ausbildungsbereich für die Gesundheitsfachberufe und darauf aufbauend ein neuer Ausbildungsstättenplan gemäß § 6 Abs. 3 Landeskrankenhausgesetz (LKG) erstellt.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> siehe Berichte aus der Pflege Nr. 17 (Online verfügbar unter: [http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Berichte\\_aus\\_der\\_Pflege/17\\_Bericht\\_aus\\_der\\_Pflege\\_Branchenmonitoring.pdf](http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Berichte_aus_der_Pflege/17_Bericht_aus_der_Pflege_Branchenmonitoring.pdf))

<sup>2</sup> siehe Berichte aus der Pflege Nr. 18 (Online verfügbar unter: [http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Berichte\\_aus\\_der\\_Pflege/18\\_Bericht\\_aus\\_der\\_Pflege\\_Juni\\_2012.pdf](http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Berichte_aus_der_Pflege/18_Bericht_aus_der_Pflege_Juni_2012.pdf))

<sup>3</sup> siehe Berichte aus der Pflege Nr. 22, 23 und 24 (Online verfügbar unter: <http://msagd.rlp.de/soziales/pflege/infothek-pflege/berichte-aus-der-pflege/?print=1&cHash=3cc3aff4494df2e696f104560986a5fc>)

Im Fokus standen 18 Gesundheitsfachberufe, die sich in die drei Gruppen „Pflegerberufe“, „Assistenzberufe“ und „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ einteilen lassen (siehe Tab. 1)<sup>4</sup>.

**Tab. 1: Übersicht über die 18 bundes- bzw. landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe**

Gruppe	Gesundheitsfachberuf
Pflegerberufe	Altenpfleger/innen Altenpflegehelfer/innen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen Krankenpflegehelfer/innen
Assistenzberufe	Medizinisch-technische Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik (MTAF) Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen (MTLA) Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen (MTRA) Orthoptisten/innen Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen (PTA) Rettungsassistenten/innen
Therapeutische Gesundheitsfachberufe	Diätassistenten/innen Ergotherapeuten/innen Hebammen/Entbindungspfleger Logopäden/innen Masseure/innen und medizinische Bademeister/innen Physiotherapeuten/innen Podologen/innen

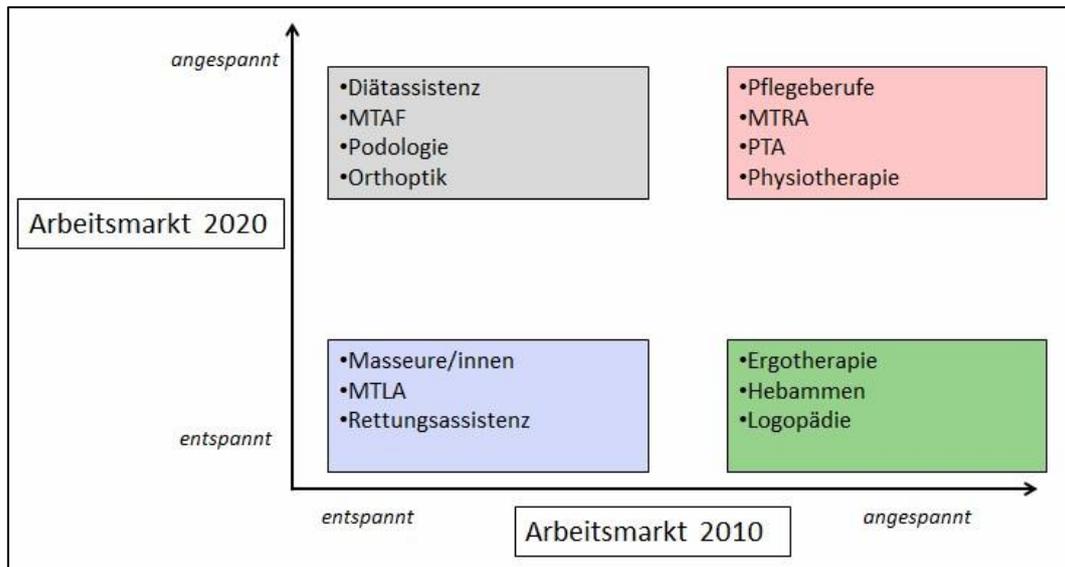
Quelle: eigene Darstellung

Betrachtet man die Ergebnisse zur Fachkräftesituation für die Jahre 2010 und 2020 in der Gesamtschau, zeigen sich vier Muster (siehe Abb. 1): Nur in wenigen Berufen sind sowohl die aktuelle als auch die zukünftige Arbeitsmarktlage eher entspannt (Masseure/innen, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen und Rettungsassistenten/innen). In der Diätassistenz, Medizinisch-technischen Funktionsassistenz, Podologie und Orthoptik ist die Situation derzeit entspannt, der Fachkräftebedarf wird jedoch zukünftig deutlich steigen. In der Ergotherapie, Logopädie und bei den Hebammen ist es genau umgekehrt: Hier gibt es derzeit Engpässe im Bundesland, die perspektivisch voraussichtlich nicht mehr vorhanden sein werden. Für die vierte Gruppe von Berufen (alle fünf Pflegerberufe, Medizinisch-technische Radiologieassistenz, Pharmazeutisch-technische Assistenz und Physiotherapie)

<sup>4</sup> Die Zuteilung der Berufe zu den Gruppen „Assistenzberufe“ und „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ ist von den berufsständischen Vertreter/innen der Orthoptisten/innen mehrfach kritisiert worden. Sie erfolgte zu Beginn des Landesleitprojektes aus pragmatischen, erhebungstechnischen Gründen (siehe Bericht aus der Pflege Nr. 17) und ist dann nicht mehr verändert worden.

ist der Arbeitsmarkt derzeit schon angespannt, wobei die Engpässe zukünftig noch größer werden dürften.

**Abb. 1: Aktuelle und zukünftige Fachkräftesituation in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz**



Quelle: eigene Darstellung

Diese Ergebnisse zeigen, dass es nicht nur in den Pflegeberufen Handlungsbedarfe gibt, wenn eine hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung im Land gesichert werden soll. Das Land Rheinland-Pfalz hat nach Bekanntwerden der ersten Zwischenergebnisse zu Beginn des Jahres 2012 eine „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ ins Leben gerufen. Aufgrund der quantitativ großen Engpässe in den Pflegeberufen wurde unter dem Dach der Initiative zunächst eine Unter-Arbeitsgruppe „Pflegerberufe“ gegründet. Diese war mit Vertreter/innen des Landes, der Schul- und Ausbildungsträger, der Berufsverbände in der Pflege, der Gewerkschaften, der Einrichtungsträger und deren Verbänden, der Kostenträger, der Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit, der Pflegewissenschaft, der Betriebs- und Arbeitsmedizin, der zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und Unfallkasse Rheinland-Pfalz) sowie des staatlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der kommunalen Spitzenverbände besetzt. Die Unter-Arbeitsgruppe hat bis Dezember 2012 eine Vereinbarung erarbeitet, die Ziele, Maßnahmen und die Beiträge der einzelnen Akteure zur Zielerreichung enthält.<sup>5</sup> Seit Anfang 2013 werden die Zielsetzungen der Vereinbarung umgesetzt, wobei der Umsetzungsprozess von mehreren themenspezifischen Projektgruppen (z.B. Projektgruppen „Pflegeausbildung“ und „Attraktive Beschäftigung“) begleitet wird.

<sup>5</sup> siehe Bericht aus der Pflege Nr. 25 (Online verfügbar unter: [http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/Berichte\\_aus\\_der\\_Pflege\\_Nr25-Vereinbarung\\_z\\_F\\_Q-Initiative\\_Endf.pdf](http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/Berichte_aus_der_Pflege_Nr25-Vereinbarung_z_F_Q-Initiative_Endf.pdf))

Im Sommer 2013 wurden schließlich auch die beiden Unter-Arbeitsgruppen „Assistenzberufe“ und „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ konstituiert. Zielsetzung der beiden Arbeitsgruppen ist, ebenso wie im Berufsfeld Pflege, Ansätze zu entwickeln, wie Fachkräftengpässen vorgebeugt bzw. wie diese verringert werden können. Anders als in den Pflegeberufen erscheint hier allerdings ein Prozess in mehreren Schritten sinnvoll: Im Rahmen eines Projekts sollte bis Sommer 2014 zunächst die vorliegende Bestandsaufnahme über berufsspezifische Problemlagen, die die Deckung des Fachkräftebedarfs einschränken, erstellt werden. Zudem sollten erste Ideen zur Fachkräftesicherung exploriert werden. Die konkrete Planung oder Umsetzung von Maßnahmen war nicht Bestandteil des Auftrags. Dies soll im Anschluss an das Projekt unter Federführung des MSAGD angegangen werden.

Der vorliegende Bericht wurde vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), einem Zentrum für angewandte Forschung an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, erstellt.<sup>6</sup> Er enthält eine Bestandsaufnahme. Diese ergibt sich aus Ergebnissen von Gruppendiskussionen und Experteninterviews zu den zentralen Barrieren bei der Deckung des Fachkräftebedarfs und zu geeigneten Ansätzen zur Fachkräftesicherung. Im folgenden zweiten Kapitel wird das Vorgehen zur Identifizierung der Problemlagen und Handlungsansätzen beschrieben. Die berufsspezifischen Problemlagen für die Therapeutischen Gesundheitsfachberufe werden im dritten Kapitel dargestellt. Es folgt das abschließende vierte Kapitel mit einer zusammenfassenden Betrachtung und einem Ausblick auf die nächsten Schritte.

---

<sup>6</sup> Ein weiterer Bericht wurde für die Arbeitsgruppe „Assistenzberufe“ erstellt.

## 2. Methodisches Vorgehen

Der größte Teil der Inhalte des vorliegenden Berichts ist in den Sitzungen der Unterarbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ erarbeitet worden. Diese fanden im Zeitraum August 2013 bis März 2014 in den Räumlichkeiten des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz statt. Die Sitzungsleitung lag in den Händen des Referats „Gesundheitsfachberufe“, die Moderation wurde vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) übernommen. Die Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ bestand aus Vertreter/innen folgender Organisationen:

- Bundesverband der Ergotherapeuten e.V. (BED)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Landesgruppe Rheinland-Pfalz
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Landesverband Rheinland-Pfalz
- Hebammen-Landesverband Rheinland-Pfalz
- Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten - IFK, Regionalausschuss Saarland
- Physio Deutschland, Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.
- VDB – Physiotherapieverband e.V.
- Verband Deutscher Diätassistenten (VDD)
- Verband Physikalische Therapie (VPT), Landesgruppe Rheinland-Pfalz Saar
- Zentralverband der Podologen und Fusspfleger Deutschlands e.V. (ZFD), Landesverband Rheinland-Pfalz
- Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz
- Verband leitender Lehrkräfte an Schulen für Physiotherapie e.V.
- Hochschule Ludwigshafen, Studiengang Hebammenwesen
- Katholische Hochschule Mainz
- AOK Rheinland-Pfalz
- ver.di, Landesbezirk Rheinland-Pfalz
- Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit
- Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
- Referat „Gesundheitsfachberufe“

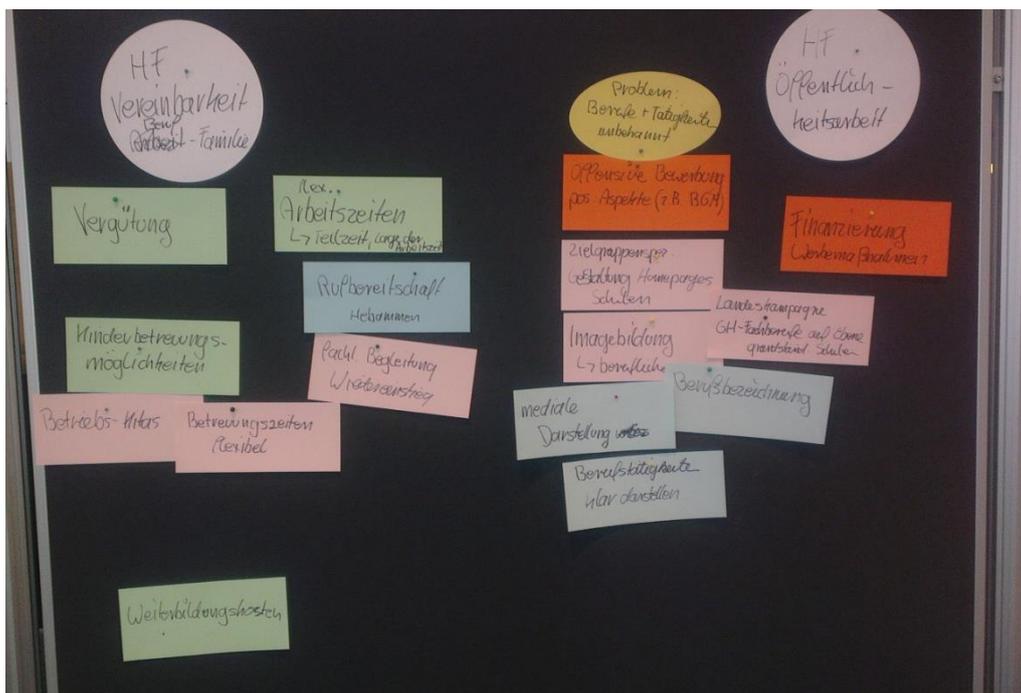
Zudem waren die Referate „Medizinischer Arbeitsschutz“, „Gesundheitsrecht“ und „Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht“ im MSAGD eingebunden. Nachrichtlich beteiligt waren überdies die Pflegegesellschaft Rheinland-Pfalz, die Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der Landesverband der Privatkrankenanstalten in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V. (VdPK) als ein wichtiger Arbeitgeber für die Therapeutischen Gesundheitsfachberufe. Zudem sind die Unfallkasse Rheinland-Pfalz, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die Krankenkassen, der Deutsche Podologen Verband e.V. (DPV) und der Verband Deutscher Podologen (VDB) informiert worden.

Im Rahmen der ersten Sitzung wurde zunächst der Frage nachgegangen, ob eine Orientierung an der Vereinbarung für das Berufsfeld Pflege, in der die anvisierten Ziele und Maßnahmen nach elf Handlungsfeldern gegliedert sind, sinnvoll ist. Dazu gehören beispielsweise

die Felder „Verstärkte Qualifizierungsmaßnahmen“, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ oder „Chancen der Freizügigkeit nutzen“. Die elf Handlungsfelder wurden auf der Sitzung vorgestellt.<sup>7</sup> Im Anschluss wurde eruiert, welche Handlungsfelder auch in den Therapeutischen Gesundheitsfachberufen bedeutsam sind und in welchen eher wenig oder kein Potential zur Fachkräftesicherung vermutet wird. Über die Diskussionsergebnisse konnte ein erster Einblick gewonnen werden, welche Themenfelder in den sieben Therapeutischen Gesundheitsfachberufen jeweils relevant sind.

Zwischen Oktober 2013 und März 2014 fanden vier Sitzungen der Unter-Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ statt. Diese wurden als Gruppendiskussionen gestaltet. Die als relevant erachteten Handlungs- bzw. Problemfelder lieferten den strukturellen Rahmen. Nach einer kurzen inhaltlichen Einführung in ein Handlungs- bzw. Problemfeld wurden die Teilnehmenden aufgefordert, relevante berufsspezifische Problemlagen, die einer Deckung des Fachkräftebedarfs im Wege stehen, ausführlich zu schildern. Die einzelnen Meldungen wurden auf einer Stellwand visualisiert, anschließend geclustert und Themenbereichen zugeordnet (siehe Abb. 2).

**Abb. 2: Stellwand mit beispielhaften Ergebnissen vom 03.02.2014**



Quelle: IWAK, 2014

Es lag nahe, in den Gruppendiskussionen nicht nur Problemlagen, sondern auch mehr oder weniger konkrete Handlungsansätze zu diskutieren. Da diese Ideen für weitere Aktivitäten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative“ genutzt werden können, wurden sie

<sup>7</sup> Für eine Übersicht über die Handlungsfelder im Berufsfeld Pflege siehe Bericht aus der Pflege Nr. 25 (Online verfügbar unter: [http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/Berichte\\_aus\\_der\\_Pflege\\_Nr25-Vereinbarung\\_z\\_F\\_Q-Initiative\\_Endf.pdf](http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/Berichte_aus_der_Pflege_Nr25-Vereinbarung_z_F_Q-Initiative_Endf.pdf))

ebenfalls in den Sitzungsprotokollen dokumentiert und finden Eingang in den vorliegenden Bericht. In der abschließenden Sitzung im März 2014 wurde eine Übersicht über die bislang gesammelten Ergebnisse präsentiert, die dann von den Anwesenden weiter vertieft und ergänzt wurde. Im Anschluss hat IWAK mit den berufsständischen Vertreter/innen in der Arbeitsgruppe jeweils ein Experteninterview geführt.<sup>8</sup> Die Interviews dienten dazu, offene Fragen zu klären, die Ergebnisse weiter anzureichern und gemeinsam mit den Interviewpartner/innen zu validieren. Hierfür ist ein Leitfaden entwickelt worden, der den Teilnehmer/innen vorab zugeschickt wurde. Durch dieses Verfahren hatten sie die Möglichkeit, sich auf das Interview vorzubereiten und Antworten mit Kollegen/innen abzustimmen. Von dieser Möglichkeit ist Gebrauch gemacht worden, sodass die Validität der Ergebnisse verbessert werden konnte.

Nichtsdestotrotz können die im folgenden Kapitel beschriebenen Ergebnisse nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Es handelt sich um eine Momentaufnahme, die von einer Arbeitsgruppe im Land Rheinland-Pfalz arbeitet worden ist. Das Thema Fachkräftesicherung in den Therapeutischen Gesundheitsfachberufen kann sich in anderen Bundesländern möglicherweise anders darstellen, da relevante gesetzliche Rahmenbedingungen zum Teil länderspezifisch ausgestaltet werden.

---

<sup>8</sup> Für die Ergotherapie wurden zwei Interviews geführt. Ebenso wurde zusätzlich zu den berufsständischen Vertreter/innen ein weiteres Arbeitsgruppenmitglied als Leiter von Ausbildungsstätten für Physiotherapeuten/innen, Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen und Podologen/innen interviewt.

### **3. Ergebnisse – Berufsspezifische Problemlagen und Handlungsansätze**

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews machen deutlich, dass die Gruppe der Therapeutischen Gesundheitsfachberufe trotz mancher Gemeinsamkeiten in vielerlei Hinsicht heterogen ist, beispielsweise was die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen angeht. Entsprechend lassen sich berufsspezifische Problemlagen, die eine Deckung des Fachkräftebedarfs erschweren, ebenso gut herausarbeiten wie spezifische Ansätze zur Fachkräftesicherung. Wie sich die Situation in den sieben Therapeutischen Gesundheitsfachberufen jeweils darstellt und welche Schwierigkeiten, aber auch Ansätze zur Fachkräftesicherung herausgearbeitet werden konnten, wird in den folgenden Unterkapiteln 3.1 bis 3.6 beschrieben. Gemeinsamkeiten in den sieben Berufen werden im anschließenden Kapitel 3.7 zusammengefasst.

Die Beschreibungen der berufsspezifischen Problemlagen und Handlungsansätze lassen sich nach zentralen Themenbereichen gliedern. Diese Problem- bzw. Handlungsfelder ergaben sich aus den Gruppendiskussionen und den Interviews mit den Arbeitsgruppenmitgliedern. Ein zentrales Problem- bzw. Handlungsfeld bilden die Beschäftigungsbedingungen, die in den meisten Berufen als verbesserungsbedürftig wahrgenommen werden und die damit den Verbleib der Fachkräfte im Beruf erschweren. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann dazu beitragen, dass die durchschnittliche Lebensarbeitszeit verlängert wird, dass die Wochenarbeitszeit (von Teilzeit in Richtung Vollzeit) erhöht wird und Unterbrechungszeiten im Erwerbsverlauf verkürzt werden.

Ein weiteres Problem- bzw. Handlungsfeld stellt der Ausbildungsbereich dar. Hier geht es entweder um die Gewinnung einer ausreichenden Zahl an Auszubildenden oder um die zukunftsfähige Gestaltung der Ausbildung. Ein weiteres Problem- bzw. Handlungsfeld betrifft die Stellung der Therapeutischen Gesundheitsfachberufe, die nicht immer ihrer gesellschaftlichen Relevanz entspricht und einer Aufwertung bedarf. Ein Beitrag zur Fachkräftesicherung kann zudem über die Aktivierung von externen Potentialen, das heißt Personen, die noch nicht in einem der sieben Berufe tätig sind, geleistet werden. In der Kategorie „externe Potentiale“ werden so unterschiedliche Gruppen wie die Stille Reserve, ausländische Fachkräfte, die möglicherweise angeworben werden könnten, sowie Quereinsteiger/innen, die für eine Ausbildung in einem der Therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Frage kommen, zusammengefasst. Oftmals sind es die Rahmenbedingungen, die eine Aktivierung dieser Potentiale nicht möglich machen. Anhand der vier zentralen Problem- bzw. Handlungsfelder werden die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews im Folgenden strukturiert. Nicht immer gab es in der Arbeitsgruppe Konsens über die Ergebnisse. Wo dies nicht der Fall war, wird dies entsprechend beschrieben.

### 3.1 Diätassistenten/innen

Laut den Ergebnissen des „Gutachtens zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“ ist eine stetig größer werdende Fachkräftelücke in der Diätassistenz zu erwarten. Ursachen sind ein recht hoher altersbedingter Ersatzbedarf<sup>9</sup>, geringe Absolventenzahlen und eine vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung steigende Nachfrage nach diättherapeutischen Leistungen. Bis zum Jahr 2020 werden voraussichtlich 115, bis zum Jahr 2025 insgesamt 182 Diätassistenten/innen in Rheinland-Pfalz fehlen, wenn keine geeigneten Maßnahmen der Fachkräftesicherung ergriffen werden. Das wichtigste Handlungsfeld ist dabei nach Ansicht der Arbeitsgruppe die Aufwertung des Berufs mit einer adäquateren Berufsbezeichnung und der Anerkennung als Heilmittelerbringer. Hinzu kommt die Forderung nach einer zukunftsfähigen Gestaltung des Ausbildungsbereichs mit dem Anbieten von ausbildungsintegrierten Studienangeboten und einer Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen. Durch eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen, beispielsweise durch das Anbieten qualifikationsgerechter Arbeitsplätze für Berufsanfänger/innen und durch finanzielle Unterstützung von Fort- und Weiterbildung durch die Arbeitgeber, kann die Wahrscheinlichkeit für einen Verbleib im Beruf erhöht werden. Externe Potentiale, mit denen ein Teil des Fachkräftebedarfs gedeckt werden könnte, existieren in der Diätassistenz nicht.

#### 3.1.1 Aufwertung des Berufs

Die Arbeitsfelder der Diätassistenten/innen, Diättherapie und Ernährungsberatung, sind nicht geschützt. Das Diätassistentengesetz (DiätAssG) schützt lediglich den Berufstitel. Somit können auch verwandte Berufe (nach ärztlicher Delegation) entsprechende Maßnahmen übernehmen. In der Praxis führt dies dazu, dass sich Patienten/innen in Ernährungsfragen Unterstützung beispielsweise bei der bekannteren Berufsgruppe der Heilpraktiker/innen suchen anstatt bei Diätassistenten/innen. Diese Situation wird in der Arbeitsgruppe als hochgradig frustrierend beschrieben und diese Marginalisierung der Berufsgruppe führt mitunter gar zum Berufswechsel. Es sind vor allem zwei Ansätze, über die der Beruf des/r Diätassistent/in aufgewertet werden könnte, nämlich über eine ansprechendere Berufsbezeichnung und über die Anerkennung als Heilmittelerbringer.

Die **Berufsbezeichnung** als „Assistent/in“ entspricht nicht dem Tätigkeits- und Kompetenzprofil der Berufsangehörigen. Zwar gibt es keine vorbehaltenen Tätigkeiten für Diätassistenten/innen, in § 3 DiätAssG ist aber von einer Eigenverantwortlichkeit im Bereich diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen die Rede, wenn auch im Rahmen ei-

---

<sup>9</sup> Unter den altersbedingten Ersatzbedarf werden die Fachkräfte gefasst, der derzeit noch berufstätig sind, die jedoch im Prognosezeitraum voraussichtlich in Rente gehen werden. Bis zum Jahr 2025 dürften dies etwa 45 Prozent aller Diätassistenten/innen in Rheinland-Pfalz sein.

ner ärztlichen Verordnung. Damit erscheint der Assistenten-Begriff unpassend. Zudem verwirrt er, weil damit international Berufe bezeichnet werden, zu denen man auch ohne einen mittleren Bildungsabschluss Zugang bekommt und die eher den Charakter von Hilfstätigkeiten haben. Eine Beschäftigung im Ausland dürfte mit der deutschen Berufsbezeichnung erschwert sein.<sup>10</sup> Vorgeschlagen wird eine moderne, ansprechende Bezeichnung wie „Diätologe/in“ oder „Diättherapeut/in“. Eine Änderung der Berufsbezeichnung müsste allerdings über eine Änderung des Berufsgesetzes erfolgen, für die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuständig ist. Das Land Rheinland-Pfalz hat hier keine direkten Einflussmöglichkeiten.

Darüber hinaus fehlt Diätassistenten/innen bislang die **Anerkennung als Heilmittelerbringer**. Die Möglichkeit, Diättherapie als Heilmittel nach ärztlicher Verordnung – vergleichbar mit Physio- oder Ergotherapie – anbieten zu können, würde den Berufsstand massiv aufwerten. Ein Urteil des Bundessozialgerichts hat die Möglichkeit der Anerkennung grundsätzlich eröffnet (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000 – Az: B 6 KA 26/99 R, RdNr. 30). Zur konkreten Umsetzung, für die der Gemeinsame Bundesausschuss zuständig ist, ist es bisher allerdings nicht gekommen.

### **3.1.2 Ausbildung zukunftsfähig gestalten**

In Rheinland-Pfalz gibt es eine Schule für Diätassistenten/innen mit 36 Ausbildungsplätzen. Die Schule befindet sich in Trägerschaft eines Krankenhauses und finanziert sich über das Ausgleichsverfahren gemäß §17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Ausbildung ist damit für die Schüler/innen kostenfrei, allerdings erhalten diese auch keine Ausbildungsvergütung. Immerhin wird die Gewinnung von Auszubildenden von den Arbeitsgruppenmitgliedern nicht als größeres Problem beschrieben. Öffentlichkeitsarbeit von Seiten der Schule und des tragenden Krankenhauses, bspw. im Rahmen von Berufsinformationsmessen, ist üblich. Vor allem aber scheint sich die **Kooperation mit Hochschulen**, die Studiengänge in Diätetik anbieten, sehr positiv auf die Bewerberzahlen auszuwirken. Auf die jährlich zwölf zu vergebenden Ausbildungsplätze haben sich zuletzt etwa 200 Personen beworben. Dies ist eine deutliche Steigerung im Vergleich zu den Zeiten, als noch keine Kombination von Ausbildung und Studium angeboten wurde. Heute hat die Schule die Möglichkeit, Bewerber/innen gezielt auszuwählen und ein hohes Niveau der Ausbildung zu sichern. Es wäre allerdings zu prüfen, ob sich die fehlende Ausbildungsvergütung als Nachteil erweist, wenn keine Kooperation mit einer Hochschule besteht. Langfristig strebt der Berufsverband der

---

<sup>10</sup> Die berufsständische Vertreterin in der Arbeitsgruppe berichtet davon, dass sie von Medienvertretern in der Regel nicht als „Diätassistentin“ vorgestellt wird, sondern dass diese Bezeichnungen wie „Ernährungsexpertin“ bevorzugen. Auch dies zeigt, wie wenig Expertise einer „Assistentin“ zugeschrieben wird.

Diätassistenten/innen eine Ausbildung auf akademischem Niveau an. Allerdings sind andere Berufsgruppen hier weiter: In die Modellklausel im SGB V, die die Erprobung primärqualifizierender Studiengänge im Hebammenwesen, in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie erlaubt, ist die Berufsgruppe nicht aufgenommen. Vermutlich werden deshalb additive, duale Ausbildungs- und Studienangebote noch längere Zeit die Regel sein.

Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der **strukturellen Rahmenstimmungen** der Ausbildung. Aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder fehlt es an der Verankerung moderner pädagogischer Konzepte im Berufsgesetz bzw. in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die Ausbildung ist dort nach wie vor nach Fächern und nicht nach Lernfeldern strukturiert. Das Gleiche gilt für die Abschlussprüfung. Beides entspricht nicht den neuesten Ergebnissen der Bildungsforschung, und zum Teil hinkt die Gesetzgebung der Praxis hinterher. In den Schulen wird nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds schon lernfeldorientiert unterrichtet. In anderen EU-Staaten gibt es gute Konzepte, die als Vorlage für eine Novellierung der gesetzlichen Grundlagen dienen könnten. Über die Strukturierung der Ausbildung hinaus sollte aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder im Berufsgesetz die Forderung einer akademischen Qualifikation für Lehrkräfte festgeschrieben werden. Dies würde positiv auf die Qualität des Unterrichts wirken und eine Angleichung an andere Ausbildungen darstellen. Bisher gibt es dafür keine gesetzliche Grundlage. Zuständig für die Novellierung von Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Land Rheinland-Pfalz kann keinen direkten Einfluss nehmen. Es kann lediglich einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringen, mit der das BMG gebeten wird, die gesetzlichen Rahmenbestimmungen zu novellieren.

### **3.1.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen**

Für Diätassistenten/innen gibt es vielfältige Einsatzgebiete und Tätigkeitsbereiche. Der größte Teil der Diätassistenten/innen ist in den unterschiedlichen Abteilungen von Akutkrankenhäusern und in Rehabilitationskliniken beschäftigt. Darüber hinaus gibt es Einsatzgebiete in Großküchen, bei Catering-Unternehmen, in Arztpraxen, bei Krankenkassen oder als Freiberufler/in. Als für Absolventen/innen besonders attraktives Beschäftigungsfeld beschreibt ein Arbeitsgruppenmitglied den Reha-Bereich.

Die Verschiedenheit der Tätigkeitsfelder ermöglicht **berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten**. Zudem gibt es viele Fortbildungsangebote, beispielsweise in den Bereichen Pädiatrie, Gastroenterologie, enterale Ernährung oder parenterale Ernährung. Einzige staatlich anerkannte Weiterbildung in Deutschland ist die im rheinland-pfälzischen Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen geregelte Weiterbildung zum/r Diabetes-

berater/in. Da die Ausbildung sehr breit angelegt ist, ist praktisch gleich nach der Ausbildung eine Spezialisierung notwendig. Problematisch ist, dass Fort- und Weiterbildungen in der Regel von den Beschäftigten selbst finanziert werden müssen, die Arbeitgeber übernehmen nur manchmal einen Teil der Kosten. Eine Freistellung für die Qualifizierung ist auch eher selten, die meisten Diätassistenten/innen müssen dafür Urlaub nehmen. Hinzu kommt, dass Weiterqualifizierung nicht unbedingt mit einer höheren Entlohnung einhergeht, weil die tariflichen Strukturen nicht ausreichend ausdifferenziert sind. Insgesamt ergeben sich Entwicklungsmöglichkeiten damit eher durch die Breite des Berufes. Ein beruflicher Aufstieg durch Fort- und Weiterbildung ist dagegen eher schwer zu erreichen.

Die **Arbeitsbedingungen** in Kliniken sind durch geregelte Arbeitszeiten und geringe körperliche Belastungen geprägt. Schichtdienst ist eher selten, Wochenenddienste müssen je nach Einsatzbereich abgedeckt werden. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist mit gut planbaren Arbeitszeiten und den verbreiteten flexiblen Arbeitszeitmodellen nicht stärker erschwert als in anderen Gesundheitsfachberufen. Da der Beruf körperlich eher nicht belastend ist, kann er nach Einschätzung der Arbeitsgruppenmitglieder je nach Arbeitsfeld bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausgeübt werden. Eingeschränkt wird die Arbeitszufriedenheit durch Kooperationsprobleme, die sich durch die Arbeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen und Perspektiven innerhalb einer Klinik ergeben. Die Mitarbeiter/innen in der Küche haben andere Interessen und arbeiten nach einer anderen Logik als die einzelnen Stationen. Mit den Bedürfnissen der Patienten/innen kann beides in Konflikt geraten. Diätassistenten/innen sitzen, wie eine Interviewpartnerin sich ausdrückte, „zwischen allen Stühlen“ und müssen die Arbeitsbelastung in der Produktion und auf den Stationen sowie die Patientenbedürfnisse im Blick behalten. Erschwert werden Kooperationsprobleme in größeren Krankenhäusern dadurch, dass die beschäftigten Diätassistenten/innen unterschiedlichen Abteilungen zugeordnet sind: Meist sind sie einer Klinik untergeordnet, manchmal aber auch dem/r Küchenchef/in oder der Wirtschaftsabteilung. Damit ist es schwierig, Kompetenzen zu bündeln und Arbeits- und Kooperationsprozesse effizient zu gestalten. In der Ausbildung wird mittels Rollenspielen versucht, auf Konfliktsituationen vorzubereiten und die Konfliktfähigkeit der Auszubildenden zu stärken.

Der konkrete Arbeitsvollzug wird in der Arbeitsgruppe als abwechslungsreich beschrieben, die Autonomie in der Berufsausübung ist hoch. Allerdings existieren mittlerweile nicht wenige schlecht bezahlte Beschäftigungsverhältnisse in outgesourcten Arbeitsbereichen von Diätassistenten/innen. Vor allem Berufsanfänger/innen haben oftmals keine andere Möglichkeit, als Stellen anzunehmen, die den Charakter von unterfordernder Fließbandarbeit haben. Für höherwertige Arbeitsplätze setzen Arbeitgeber mitunter Berufserfahrung und Spezialisierungen voraus und zeigen zu wenig Vertrauen in die Kompetenzen der Absolventen/innen. Der Grad der beruflichen Autonomie ist in den outgesourcten Bereichen gering, die Fluktuation der

Beschäftigten ist hoch und der Verdienst geringer als im tariflich geregelten Klinikbereich. Die tarifliche **Vergütung** wird in der Arbeitsgruppe nicht als prinzipiell zu niedrig angesehen. Allerdings erscheint die Eingruppierung nicht mehr zeitgemäß. Es müsste zwischen Diätassistenten/innen ohne hochschulischer Qualifikation und der zunehmenden Zahl der akademisch qualifizierten unterschieden werden. Zudem orientiert sich die Eingruppierung an Pflegepflichtzahlen und nicht an den Tätigkeitsinhalten. Eine Überarbeitung der Tarifstrukturen ist somit notwendig.

### **3.1.4 Aktivierung externer Potentiale**

Externe Potentiale, die aktiviert werden könnten, um einen Teil des Fachkräftebedarfs in der Diätassistenz zu decken, sind aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder kaum vorhanden. Eine **Stille Reserve** an Berufsangehörigen, die aufgrund von Erziehungszeiten oder ähnlichem aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind, existiert kaum. Der Wiedereinstieg nach einer Unterbrechung stellt keine hohe Hürde dar, und flexible Arbeitszeitmodelle sind weit verbreitet. Auch ein stundenweises Arbeiten ist gut möglich. Für Personen, die einen Wiedereinstieg nach längerer Unterbrechungszeit planen, bieten sich Wiedereinstiegskurse an, wie sie beispielsweise vom Berufsverband der Diätassistenten/innen oder von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) angeboten werden. Wenig bekannt sind die Fördermöglichkeiten über die Arbeitsverwaltungen, die vom Berufsverband stärker propagiert werden könnten.

Eine geförderte **Umschulung** zum/r Diätassistent/in ist unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht möglich, da das Berufsgesetz eine Verkürzung der dreijährigen Ausbildung ausschließt. Selbst wenn eine entsprechende Ausnahmeregelung geschaffen würde, bleibt die Frage, welche Personengruppen dafür in Frage kämen. Aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder könnten dies höchstens Pflegekräfte sein. In der Pflege gibt es aber immense Fachkräftebedarfe zu decken, sodass eine Umschulung in einen anderen Gesundheitsfachberuf nicht forciert werden sollte.

Die **Anwerbung** von Fachkräften aus dem Ausland erscheint ebenso wenig Erfolg versprechend. Nach Angaben des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung, das die in Rheinland-Pfalz zuständige Behörde für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse ist, hat es in den Jahren 2012 und 2013 keine Diätassistenten/innen gegeben, die einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben. Über die Ursachen lässt sich nur spekulieren, vermutlich spielen aber bessere Beschäftigungsbedingungen, höhere Entlohnung und höheres Ansehen in anderen Ländern Europas eine Rolle. Hinzu kommt die Sprachbarriere, die in der Diätassistenz bedeutsam ist.

### **3.1.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

Die Ansätze zur Fachkräftesicherung für Diätassistenten/innen werden im Folgenden noch einmal zusammenfassend dargestellt. Diese Übersicht kann als Grundlage für die weiteren Arbeiten der Arbeitsgruppe im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative“, zum Beispiel zur Priorisierung von Handlungsansätzen, dienen. Aufgrund des regionalen Bezugs der Arbeitsgruppe ist diese nicht unbedingt vollständig, und nicht alle Ansätze können auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden. Folgende Handlungsfelder und dazu gehörige Maßnahmen wurden identifiziert:

- Aufwertung des Berufs
  - Änderung der Berufsbezeichnung
  - Anerkennung als Heilmittelerbringer
- Zukunftsfähige Gestaltung der Ausbildung
  - Kooperationen mit Hochschulen anbieten
  - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - Übernahme der Kosten für Weiterqualifizierung durch die Arbeitgeber und Freistellung
  - Anbieten qualifikationsgerechter Arbeitsplätze
  - Überarbeitung der Tarifstrukturen mit einer Anpassung der Eingruppierung

### **3.2 Ergotherapeuten/innen**

Laut den Prognosen im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“ ist in den kommenden Jahren mit einer steigenden Nachfrage nach ergotherapeutischen Leistungen zu rechnen. Die steigende Zahl älterer, pflegebedürftiger Menschen wirkt sich auch auf den Bedarf an Ergotherapeuten/innen aus. Bis zum Jahr 2020 kann der steigende Fachkräftebedarf voraussichtlich jedoch recht problemlos gedeckt werden. Danach steigt die Zahl der Ergotherapeuten/innen, die altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. Zudem dürfte es bei einer rückläufigen Zahl von Abgänger/innen allgemeinbildender Schulen schwieriger werden, die derzeitige Anzahl an Auszubildenden zu halten. Für das Jahr 2025 wird eine Fachkräftelücke in Höhe von 64 fehlenden Ergotherapeuten/innen vorausberechnet. Verschiedene Problemlagen erschweren die Deckung des Fachkräftebedarfs: Handlungsbedarf gibt es aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder vor allem im Bereich der Beschäftigungsbedingungen, die (insbesondere durch höhere Verdienstmöglichkeiten) verbessert werden könnten. Ein weiteres Handlungsfeld ist der Ausbildungsbereich. Die Tatsache,

dass die Auszubildenden ein Schulgeld zahlen müssen, wirkt kontraproduktiv. Zudem müsste die Ausbildung modernisiert werden. Ein drittes Feld ist die Aktivierung externer Potentiale. Durch die Gestaltung geeigneter Rahmenbedingungen könnte ein Teil des Fachkräftebedarfs hierüber gedeckt werden.

### **3.2.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen**

Die Mehrheit der Ergotherapeuten/innen arbeitet in ergotherapeutischen Praxen. Von den angestellten Fachkräften ist laut einer Umfrage des Berufsverbandes DVE knapp die Hälfte in Praxen beschäftigt. Der größte Teil der anderen Hälfte arbeitet in Akutkrankenhäusern oder Rehabilitationskliniken. Das Betätigungsfeld ist breit, die Perspektive auf die Patienten/innen eine ganzheitliche und die Arbeit wird von den beteiligten Experten/innen auch als „künstlerische Tätigkeit“ beschrieben. Arbeitserfolge werden schnell sichtbar. Zielsetzung ist, Menschen, die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, eine Ausführung alltäglicher Handlungen und damit verbunden die selbstbestimmte Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben zu ermöglichen. Je nach Tätigkeit im ambulanten oder im stationären Bereich unterscheiden sich die Patientengruppen, die behandelt werden.

Beispielsweise behandeln Ergotherapeuten/innen in Praxen – anders als ihre Kollegen/innen in der Klinik – in der Regel keine Patienten/innen mit einem „frischen“ Apoplex.<sup>11</sup> Entsprechend unterscheiden sich natürlich auch die Therapiemethoden, die in den Sektoren angewendet werden. In den Praxen ist das Behandlungsspektrum breiter und ein eigenständigeres sowie individualisierteres Arbeiten möglich. Es gibt mehr Therapiefreiheit, auch durch längere Therapiezeiten. Die Ärzte/innen verordnen in der Regel entweder motorisch-funktionelle Therapie, sensomotorisch-perzeptive Therapie, psychisch-funktionelle Therapie oder Hirnleistungstraining. In der genauen Ausgestaltung können sich die Ergotherapeuten/innen an den jeweiligen Alltagsbedürfnissen der Patienten/innen orientieren. Trotz solcher positiver Aspekte wurden in der Arbeitsgruppe eine Reihe von Problemlagen im Bereich der Beschäftigungsbedingungen beschrieben.

Wichtigstes Thema ist der Bereich der **Vergütung** von Heilmitteln, die als zu niedrig bewertet wird. Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten handelt die Höhe der Vergütung für einzelne Positionen im Heilmittelkatalog jährlich auf Bundes- bzw. Landesebene für den ambulanten Bereich mit den Krankenkassen als Kostenträgern neu aus. Dabei gelingt es jedoch nicht, adäquate Steigerungsraten zu erreichen. Die Kostenträger verweigern dies mit der Begründung, dass gemäß §71 Abs. 1-3 SGB V die Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung so ausgestaltet sein müssen, dass die Beitragssätze für die Ver-

---

<sup>11</sup> Schlaganfall oder Hirninfarkt

sicherten nicht erhöht werden müssen (Beitragssatzstabilität). Als konkrete Orientierung dient die Entwicklung der Grundlohnsumme, also die Entwicklung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung (Grundlohnsummenbindung). Die Berufsverbände sind bemüht, eine Abkopplung der Heilmittelvergütung von der Grundlohnsummenentwicklung zu erreichen. Dies kann allerdings nicht auf Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz erreicht werden, sondern muss auf Bundesebene ausgehandelt werden.

Von den Gewinnspannen der Praxen sind auch die **Gehälter** der angestellten Ergotherapeuten/innen abhängig. Verdienststeigerungen im Erwerbsverlauf sind kaum möglich, weil dafür ja höhere Einnahmen der Praxis generiert werden müssten. Der als zu gering empfundene Verdienst wirkt sich auf die Arbeitszufriedenheit aus. Eine größere Gewinnspanne würde ein Arbeiten unter weniger (Zeit-)Druck ermöglichen. Die Verdienstmöglichkeiten im stationären Bereich sind nach Erfahrung der beteiligten Experten/innen etwas höher, insbesondere wenn eine Entlohnung nach Tarif erfolgt.<sup>12</sup> Die Eingruppierung von Ergotherapeuten/innen in den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes, an dem sich auch andere Tarifverträge orientieren, wird allerdings als nicht mehr zeitgemäß beschrieben.

Zudem wird kritisiert, dass **Weiterqualifizierung** bisher nicht mit einer höheren Entlohnung einhergeht. Im monetären Sinn bringt Fortbildung also wenig. Sie dient eher einer Verbreiterung der eigenen Expertise. Neben fachlichen Weiterbildungen (z.B. in der Pädiatrie, Psychiatrie oder Geriatrie) existieren Studienmöglichkeiten. Das Interesse an Weiterqualifizierung ist in der Berufsgruppe aus Sicht der beteiligten Experten/innen sehr groß. Gleiches gilt für die Notwendigkeit sich fortzubilden, da sich die berufliche Praxis stetig weiterentwickelt. Eine Idee in der Arbeitsgruppe war die Schaffung staatlich anerkannter Weiterbildungen, die mit einem größeren Verantwortungsbereich und einer entsprechenden Eingruppierung in den Tarifstrukturen einhergehen.

Eine Möglichkeit, Weiterqualifizierung im ambulanten Bereich zu honorieren, könnte darin bestehen, einzelne Vergütungspositionen im Heilmittelkatalog höher zu vergüten und die Erstattungsfähigkeit an bestimmte Qualifikationen zu koppeln. Dies hätte den positiven Nebeneffekt, dass die Qualität ergotherapeutischer Leistungen weiter angehoben wird. Bisher können Ergotherapeuten/innen – anders als Physiotherapeuten/innen, die zur Abrechnung bestimmter Leistungen entsprechende Zertifikate nachweisen müssen – sämtliche ärztlich verordneten ergotherapeutischen Leistungen abrechnen. Die Kosten für Weiterqualifizierung stellen ein weiteres Problemfeld dar, da die Arbeitgeber die Kosten dafür nicht unbedingt (vollständig) übernehmen.

---

<sup>12</sup> Allerdings wurden in den vergangenen Jahren ergotherapeutische Leistungen vermehrt outgesourct, beispielsweise in Tochter-GmbHs. Die Vergütung ist dort in der Regel schlechter als bei einer Anstellung im Krankenhaus bzw. in der Reha-Klinik.

Ein Problemfeld in den Praxen ist der hohe **bürokratische Aufwand**, der durch fehlerhaft ausgestellte ärztliche Verordnungen entsteht. Eine Therapie kann nur dann mit den Kostenträgern abgerechnet werden, wenn die zugrunde liegende Verordnung korrekt ausgefüllt ist. Die Praxisinhaber/innen sind verpflichtet, dies zu prüfen. Nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder ist mindestens ein Drittel der Verordnungen fehlerhaft. Dies führt dazu, dass mit der Therapie nicht begonnen werden kann und dass entweder die Patienten/innen zunächst in die ärztliche Praxis zurück geschickt werden, um die Verordnung ändern zu lassen oder dass ein/e Mitarbeiter/in der Praxis dies übernehmen muss.

Dieser (unverschuldete) Mehraufwand an Verwaltung und der Verdienstausschlag dadurch, dass eine terminierte Therapie nicht stattfinden kann, werden den Praxen nicht erstattet. Die Gewinnspannen der Praxen werden so noch kleiner. Der Abbau von Bürokratie würde den Praxen ein wirtschaftlicheres Arbeiten erlauben und die Arbeitszufriedenheit steigern. Durch den Einsatz einer geeigneten Software in den Arztpraxen könnten fehlerhafte Rezepte vermieden werden. Vermutlich müsste dafür aber eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, mit der die Arztpraxen anstatt der Heilmittelerbringer verpflichtet werden, die Verordnungen zu prüfen.

Auch die **Vereinbarkeit** von Familie und Beruf ist in der Ergotherapie ein wichtiges Problemfeld. Die Berufsgruppe ist überwiegend weiblich, laut der Umfrage des DVE sind neun von zehn angestellte Ergotherapeuten/innen Frauen. In Kliniken sind die Arbeitszeiten meist geregelt, auch wenn je nach Einsatzbereich Schichtdienstmodelle, Wochenend- und Feiertagsdienste nicht unüblich sind. Beispielsweise in einer Stroke Unit<sup>13</sup> müssen permanent Ergotherapeuten/innen anwesend sein. Flexible Arbeitszeitmodelle sollten möglich sein, soweit die Arbeitgeber hinreichend flexibel in ihrer Personaleinsatzplanung sind. Auch in den Praxen sind – bedingt durch die langen Öffnungszeiten bis in den frühen Abend hinein – individuelle Arbeitszeitmodelle möglich. Hier ergibt sich aber zum einen das Problem, dass das Arbeitsaufkommen über das Jahr verteilt nicht gleich ist. In Ferienzeiten fällt deutlich weniger Arbeit an, sodass die Praxen gerne mit Arbeitszeitkonten arbeiten. Dies ist nicht für alle Beschäftigten reizvoll.

Zum anderen ist das Arbeitsaufkommen am Nachmittag und frühen Abend hoch, und dies sind die Zeiten, in denen Kinderbetreuungsangebote meist nur noch eingeschränkt verfügbar sind. Nach Erfahrung der beteiligten Experten/innen haben die Praxisinhaber/innen darum Schwierigkeiten, Personal für diese Zeiten zu finden. Die Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen werden als zu begrenzt angesehen. Dabei könnte die Entlastung von Vereinbarkeitsproblemen dazu führen, dass Teilzeitbeschäftigte bereit wären, ihr wöchentli-

---

<sup>13</sup> hochspezialisierte Abteilung innerhalb eines Akutkrankenhauses zur Erstbehandlung von Schlaganfall-Patienten/innen

ches Stundenkontingent zu erhöhen. Dadurch könnte ein nicht unbeträchtlicher Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet werden. Aus den Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder geht allerdings auch hervor, dass Beschäftigte ihre Arbeitszeit aufgrund von **Arbeitsbelastungen** reduzieren. Die Arbeit kann je nach behandelter Patientengruppe körperlich sehr anstrengend sein. Aufgrund der engen Gewinnspanne der Praxen ist zudem der Zeitdruck hoch. Hinzu kommen Hausbesuche, die aufgrund der Fahrtzeiten noch schlechter vergütet werden als die Therapie in der Praxis. Im Klinikbereich ist die Ausstattung mit Mobiliar, Liegen, Werkbänken, Material und ähnlichem nicht selten schlechter als im ambulanten Bereich. Darüber hinaus hat die Arbeitsverdichtung dort zugenommen. Die Arbeitsgruppenmitglieder berichten von Personalabbau, Mehrarbeit und dem Anhäufen von Überstunden.

Belastungen könnten mittels Maßnahmen zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** abgefedert werden. Viele Praxisinhaber/innen sind jedoch nicht ausreichend dafür sensibilisiert oder widmen dem Thema aus Gründen des Zeitdrucks nur wenig Aufmerksamkeit. In den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass es zwar Förder- und Zuschussmöglichkeiten gibt, diese sind allerdings kaum bekannt. Notwendig wäre eine Bestandsaufnahme über Best-Practice-Ansätze, die gerade in kleinen Praxen gut implementiert werden können. Erfolgreiche Ansätze könnten dann über die Berufsverbände verbreitet werden.

Eine zentrale Rolle bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen nehmen die Praxisinhaber/innen als Führungskräfte bzw. die leitenden Ergotherapeuten/innen in den Kliniken ein. Aus Sicht der beteiligten Experten/innen fehlen diesen **Personalführungs- und Managementkompetenzen**, die im Rahmen der Berufsausbildung nicht vermittelt werden. Neben betriebswirtschaftlichen Kenntnissen fehlt Wissen dazu, wie Teams geleitet werden sollten und wie Mitarbeiter/innen motiviert werden können. Dies kann Einfluss auf die Bindung von Mitarbeiter/innen haben. Fortbildungsangebote dazu existieren zwar und die Studienangebote in Rheinland-Pfalz berücksichtigen die Thematik ebenfalls; darüber hinaus erscheint es den Arbeitsgruppenmitgliedern aber als sinnvoll, Führungs- und Managementkompetenzen schon im Rahmen eines Zusatzwahlfachs in der Ausbildung zu erwerben. Die Vermittlung sollte dabei praxisnah erfolgen.

Darüber hinaus könnten die Ergebnisse aus dem vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie geförderten Projekt „Führung lernen in Pflegeeinrichtungen und Praxen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe“<sup>14</sup>, bei dem die Inhaber/innen physiotherapeutischer Praxen in einen moderierten kollegialen Austausch gebracht wurden und dadurch ihre Führungskompetenzen weiterentwickeln konnten, womöglich auch für die Ergotherapie nutzbar gemacht werden.

---

<sup>14</sup> Das Projekt ist zwischen November 2011 und Juli 2013. Für weitere Informationen zum Projekt siehe: <http://iwak-frankfurt.de/projansprech/Fuehrung.html>

### **3.2.2 Ausbildung zukunftsfähig gestalten**

Die Ergotherapie-Ausbildung wird in der Arbeitsgruppe prinzipiell als attraktiv angesehen. Die Bewerberzahlen an den acht rheinland-pfälzischen Schulen sind recht hoch, die Schülerzahlen steigen seit mehreren Jahren kontinuierlich. Laut den Zahlen des Statistischen Landesamtes ist die Zahl der Schüler/innen von 439 im Schuljahr 2010/2011 über 456 im Schuljahr 2013/2014 auf 488 im Schuljahr 2014/2015 gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg um 11% über fünf Schuljahre. Der im Zuge der Erstellung des neuen Ausbildungsstättenplans ermittelte Ausbildungsbedarf in der Ergotherapie liegt bei jährlich 427 besetzten Ausbildungsplätzen. Um dieses hohe Niveau auch dann zu halten bzw. um auch dann noch die Möglichkeit zu haben, Auszubildende gezielt auswählen zu können, wenn die Zahl der Abgänger/innen allgemeinbildender Schulen wie erwartet sinkt, müssen aus Sicht der beteiligten Experten/innen günstigere Rahmenbedingungen geschaffen, Aktivitäten zur Gewinnung von Auszubildenden ausgeweitet und die Ausbildung modernisiert werden.

Abschreckend wirkt das **Schulgeld**, welches Auszubildende derzeit an allen acht Ergotherapie-Schulen im Bundesland entrichten müssen. Im Frühjahr 2012 lag es im Durchschnitt bei knapp 400 Euro pro Monat. Bei der dreijährigen Ausbildungsdauer kommen so schnell Kosten von weit mehr als 10.000 Euro zustande. Die Auszubildenden bzw. ihre Eltern müssen entsprechend situiert sein und großes Interesse am Beruf mitbringen. Im Vergleich zu „kostenfreien“ Studienangeboten oder Ausbildungen, in denen eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird, könnte die Ergotherapie-Ausbildung durch das Schulgeld an Attraktivität verlieren. Insofern ist anzustreben, wenigstens einen Teil der Ausbildungsplätze Schulgeld-frei anzubieten.

Da die Schulen des Gesundheitswesens in Rheinland-Pfalz außerhalb des Schulgesetzes stehen, ist dies nicht ganz leicht umzusetzen. Prinzipiell ist die Erstattung der Ausbildungskosten in der Ergotherapie über Ausbildungszuschläge möglich (vgl. §2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)), sofern sich die Schule in Trägerschaft oder Mitträgerschaft eines Krankenhauses befindet. Dann kann das Krankenhaus in den Ausbildungsstättenplan aufgenommen werden, womit eine Rechtsgrundlage geschaffen ist, ein Ausbildungsbudget mit den Kostenträgern auszuhandeln. Über das Ausbildungsbudget sind dann die Kosten für die Ausbildung abgedeckt, ein Schulgeld muss nicht mehr erhoben werden. Im Rahmen der Erstellung des neuen Ausbildungsstättenplans in den Jahren 2012 und 2013 sind Vorgespräche mit einzelnen Schulen und Krankenhäusern geführt worden, bislang jedoch noch ohne Erfolg. Um Bewegung in die Ausbildungslandschaft zu bringen, wäre es wichtig, dass wenigstens ein Krankenhaus mit Ergotherapie-Schule die Aufnahme in den Ausbildungsstättenplan anstrebt. Vermutlich würden in der Folge Marktmechanismen greifen. Die Erfahrung in anderen Gesundheitsfachberufen zeigt, dass Schulgeld-freie Schulen für Interessen-

ten/innen besonders attraktiv sind und über höhere Bewerberzahlen verfügen als Privatschulen. Zur Sicherung eines hohen Standes an Interessenten/innen an der Ausbildung ist gezielte **Öffentlichkeitsarbeit** notwendig. In der Arbeitsgruppe wurde dieses Feld als ausbaufähig angesehen, auch weil andere Branchen über deutlich größere Mittel verfügen, um sich zu vermarkten. Die Ergotherapie-Schulen sollten – soweit sie dies nicht ohnehin schon tun – den Kontakt zu allgemeinbildenden Schulen suchen, an Ausbildungsmessen und Berufsinformationsveranstaltungen teilnehmen, Werbung in Zeitungen schalten und ihre Internetauftritte auf die Bedarfe und Gewohnheiten junger Menschen abstimmen. Auch die beiden Berufsverbände sind im Internet aktiv, vermitteln Informationen über ihre Homepages und Hotlines und sind auf modernen Kommunikationsmedien wie Twitter und Facebook vertreten. Zum Teil nehmen sie auch an Veranstaltungen von Schulen teil. Möglicherweise könnte die Präsenz auf Ausbildungsmessen und ähnlichen Veranstaltungen weiter ausgebaut werden.

Kritisch im Detail zu prüfen sind aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder die Informationsmaterialien, die die Agenturen für Arbeit im Rahmen der **Berufsorientierung** einsetzen. Tätigkeitsfelder, Zugangsmöglichkeiten zur Ausbildung und Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf sind möglicherweise eher spärlich dargestellt. Beispielsweise fehlt die Darstellung der Karrieremöglichkeiten, die durch die Ausweitung von Studienangeboten für Ergotherapeuten/innen entstanden sind.

Ein Problemfeld, welches möglicherweise an Schärfe gewinnen könnte, ist das Anbieten von ausreichend **Praktikumsplätzen** für die Auszubildenden. Dies zu gewährleisten, liegt im Verantwortungsbereich der Schulen, und diese pflegen in der Regel ein Netzwerk von Einrichtungen, die Praktikumsstellen anbieten. In den vergangenen Jahren scheinen sich nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds große Klinikketten zurückzuziehen, und auch die Gewährleistung von Praktikumsstellen in Praxen ist schwieriger geworden. Für die Praxen ist die Betreuung von Auszubildenden zunächst wenig attraktiv, da der Aufwand dafür nicht vergütet wird. Die Praktikanten/innen dürfen nicht eigenständig abrechnungsrelevante Leistungen erbringen, da dies im Sinne der Versorgungssicherheit nicht verantwortbar ist. Der/die Praxisinhaber/in muss dabei sein. Einziger Vorteil, den die Inhaber/innen sehen, ist die Rekrutierung zukünftiger Mitarbeiter/innen.

Ein Anreiz für das Anbieten von Praktikumsplätzen könnte die Honorierung der Praxisanleitung durch die Schulen sein. Dabei muss es sich vielleicht nicht um einen hohen Geldbetrag handeln, zumindest aber um ein symbolisches Zeichen der Anerkennung für das Engagement der Praxen. Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang sind fehlende gesetzliche Grundlagen zur Praxisanleitung in der Ergotherapie. Handlungserfordernisse im Bereich der Ausbildung ergeben sich aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder weiter dadurch, dass die **gesetzlichen Rahmenbestimmungen**, das heißt Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prü-

ungsverordnung, veraltet sind. Das Berufsgesetz stammt noch aus dem Jahr 1976, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist im Jahr 1999 ausgefertigt worden. Beide bedürfen nach Ansicht der beteiligten Experten/innen dringend einer Novellierung, die verschiedene Bereiche betrifft. Zunächst fehlt es an der Definition eines klaren Ausbildungsziels und an einer Integration moderner pädagogischer Konzepte in die Ausbildung. Nach neuestem Stand der Pädagogik gilt die Strukturierung einer Ausbildung anhand von Fächern anstatt nach Lernfeldern als veraltet. Konzepte für eine modernisierte Ergotherapie-Ausbildung existieren innerhalb der EU; zudem ist in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf Bundesebene ein Dachverband der Lehrkräfte gegründet worden, der Vorarbeiten für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung leistet. Verbindlich geregelt werden müsste auch die Qualifikation der Lehrkräfte. Um die Qualität der Ausbildung hoch zu halten, sollten Lehrkräfte zukünftig akademisch qualifiziert sein. Dies ist auch in anderen Ausbildungen üblich, sodass akademisierte Lehrkräfte in der Ergotherapie-Ausbildung eine Angleichung an die Normalität darstellen.

Eine weitere Ergänzung im Berufsgesetz betrifft die Härtefallregelung: Derzeit können Schüler/innen mit hohen Fehlzeiten nicht zur Prüfung zugelassen werden. Die Entscheidung für oder gegen einen Prüfungsausschluss sollte jedoch aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder im Ermessen der Schule liegen. In den Pflegeberufen oder in der Physiotherapie ist dies entsprechend geregelt. Kontrovers diskutiert wurde unter den berufsständischen Vertreter/innen in der Arbeitsgruppe, ob die Handtherapie, die derzeit unter die motorisch-funktionelle Therapie gefasst ist, explizit in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aufgenommen werden sollte.<sup>15</sup> In jedem Fall sind Änderungen der gesetzlichen Rahmenbestimmungen nicht durch das Bundesland Rheinland-Pfalz möglich. Dafür ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuständig. Das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium könnte lediglich einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringen, mit dem das BMG aufgefordert wird, Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu novellieren.

Eine Perspektive in der Ergotherapie ist die **Akademisierung**. Zwar wird die Qualität der fachschulischen Ausbildung in Deutschland von den Arbeitsgruppenmitgliedern als hoch angesehen, international anschlussfähig ist der deutsche Abschluss aber nur bedingt. Zudem ist das Arbeitsfeld der Ergotherapeuten/innen zunehmend größer und komplexer geworden, die Anforderungen sind gestiegen. Einer der beiden Berufsverbände propagiert darum die grundständige Akademisierung in der Ergotherapie. Damit würde der deutsche Abschluss international vergleichbar, das Standing der Ergotherapie im Vergleich zur Medizin würde angehoben, Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung würden gestärkt. Auch aus Sicht des zweiten Berufsverbandes werden Studienmöglichkeiten für Ergotherapeuten/innen als

---

<sup>15</sup> Einer der beiden Berufsverbände strebt für die Handtherapie eine eigenständige Vergütungspositionsnummer im Heilmittelkatalog an.

wichtig angesehen. Die Akquise von Auszubildenden, für die der Erwerb eines akademischen Abschlusses hohe Bedeutung hat, wird dadurch erleichtert. Außerdem bietet ein Studium die Qualifikation für Forschungstätigkeiten und für die Lehre. Im Falle einer grundständigen Akademisierung ist allerdings zu beachten, dass von den derzeit 456 Schüler/innen in Rheinland-Pfalz lediglich die Hälfte über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügt. Vor diesem Hintergrund sollte der Akademisierungsdiskurs kritisch vertieft werden.

### **3.2.3 Aufwertung des Berufs**

Aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder ist eine Aufwertung der Ergotherapie im Gesundheitswesen notwendig. Zwar hat die Ergotherapie durch den Status als Heilmittelerbringer eine feste rechtliche Verankerung, insbesondere im Verhältnis gegenüber den Ärzten/innen müsste die Berufsgruppe jedoch gestärkt werden. Das Verständnis, dass eine gute Gesundheitsversorgung nur im Team geleistet wird, erscheint den beteiligten Experten/innen in der Ärzteschaft noch nicht ausreichend ausgeprägt. Eine höhere Wertschätzung für die Therapeuten/innen würde deren Arbeitszufriedenheit und letztlich die Bindung an den Beruf stärken. Mehr Autonomie durch eigenständige Leistungserbringung ohne ärztliche Verordnung wäre ein weiterer Weg, die Ergotherapie aufzuwerten. Im Zuge der Akademisierung könnten sich hierfür Möglichkeiten auftun.

Die Berufsverbände streben an, ihre Durchsetzungsfähigkeit zu steigern, um die Interessen des Berufsstandes besser durchsetzen zu können. Dies kann einerseits über gezielte Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden, wobei die mediale Darstellung der Ergotherapie, sofern es sie denn überhaupt gibt, nicht als realitätsgetreu beschrieben wird. Imagebildende Maßnahmen wie eine breit angelegte Kampagne könnten hilfreich sein. Darüber hinaus hat sich einer der beiden Ergotherapie-Verbände auf Landesebene mit anderen Berufsverbänden zur Arbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände zusammengeschlossen, um die Durchsetzungsfähigkeit zu erhöhen. Aus Sicht eines Arbeitsgruppenmitglieds fehlt es der Berufsgruppe in Deutschland insgesamt an Selbstbewusstsein, ihren Berufsstand und dessen Belange auch öffentlich zu vertreten. Hier wirkt die Breite des Berufes negativ, die ihn unspezifisch und schwer fassbar macht. Es scheint an Argumentationsfähigkeit zu fehlen, auf deren Entwicklung die Berufsverbände und die Schulen hinwirken können.

### **3.2.4 Aktivierung externer Potentiale**

Über die Aktivierung externer Potentiale kann ein geringer Anteil des Fachkräftebedarfs in der Ergotherapie gedeckt werden, wenn geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Der **Quereinstieg** in die Ergotherapie ist nicht unüblich. In den meisten Kursen finden

sich Personen mit abgeschlossener kaufmännischer oder handwerklicher Ausbildung. Die Möglichkeit, die dreijährige Ausbildung zu verkürzen, besteht jedoch nicht. Weil auch die Finanzierung des letzten Ausbildungsdrittels nicht gewährleistet ist, kann der Quereinstieg nicht als Umschulung von den Arbeitsverwaltungen gefördert werden. Möglich wäre eine Förderung, wenn das dritte Ausbildungsjahr über öffentliche Fördermittel abgedeckt werden könnte, die beispielsweise im Rahmen eines ESF-Programms zur Verfügung gestellt werden.

Die gezielte **Anwerbung** von Fachkräften aus dem Ausland wird in der Arbeitsgruppe nicht als geeignete Strategie zur Fachkräftesicherung angesehen. Die Sprachbarriere in der Ergotherapie ist schlicht zu hoch. Zudem haben Ergotherapeuten/innen im Ausland in der Regel einen höheren Status, der sich auch in höheren Verdienstmöglichkeiten zeigt. Zahlen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung, welches im Bundesland die zuständige Behörde für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse ist, zeigen, dass der Zuzug aus dem Ausland kaum eine Rolle spielt. Zwischen Januar 2012 und November 2013 haben lediglich vier Ergotherapeuten/innen einen Antrag auf Anerkennung gestellt.

Erfolgversprechender könnte die Aktivierung der **Stillen Reserve** sein. Damit sind Ergotherapeuten/innen gemeint, die aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind. Ursache sind meist Kindererziehungszeiten, mitunter auch gesundheitliche Gründe. Die Gruppe taucht in keiner Statistik auf, entsprechend ist unklar, um wie viele Personen es sich handelt. Prinzipiell sollte die Re-Integration in den Beruf gut funktionieren, da es sich um einen Frauenberuf handelt und das Verständnis für Vereinbarkeitsprobleme ausgeprägt ist. Auf der anderen Seite sind die Verdienstmöglichkeiten nicht besonders groß, was abschreckend wirken könnte.

Darüber hinaus ist es aufgrund der Weiterentwicklung des Berufs (neue Terminologien, Modelle, Assessmentinstrumente usw.) notwendig, sich kontinuierlich fortzubilden. Nach mehreren Jahren in der Stillen Reserve könnte dies eine Hürde für den Wiedereinstieg darstellen. Einer der beiden Berufsverbände bietet Wiedereinstiegskurse an. Diese können durch die Arbeitsverwaltungen gefördert werden, was in der Arbeitsgruppe jedoch kaum bekannt war. Nicht zuletzt fehlt es an flexiblen Kinderbetreuungsangeboten – vor allem im (Spät-)Nachmittagsbereich – wodurch Vereinbarkeitsprobleme verschärft werden. Immerhin ermöglichen die in den Praxen üblichen individualisierten Arbeitszeitmodelle auch eine stundenweise Beschäftigung. Kliniken sind nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder unflexibler und sollten deshalb eher auf ein betriebliches Rückkehrmanagement setzen, um einem Verbleib in der Stillen Reserve zu vorbeugen.

### **3.2.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

In den vorangegangenen Kapiteln sind neben Problemlagen, die die Fachkräftesicherung behindern, auch Handlungsansätze skizziert worden. Letztere werden im Folgenden noch einmal überblicksartig zusammengefasst. Diese Übersicht könnte möglicherweise noch weiter ergänzt werden, und sie könnte – bedingt durch die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe – „regional gefärbt“ sein. In anderen Bundesländern könnten andere Handlungsansätze im Vordergrund stehen. Nichtsdestotrotz kann der Überblick eine Orientierung für die weiteren Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“ bieten. Zu beachten ist allerdings, dass nicht sämtliche Ansätze auf Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden können.

- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - höhere Heilmittelvergütung
  - höhere Gehälter für Beschäftigte
  - Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote (im Spätnachmittagsbereich)
  - Reduzieren des bürokratischen Aufwandes durch fehlerhafte ärztliche Verordnungen
  - Bestandsaufnahme über Best-Practice-Ansätze zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Praxen
  - Verbesserung der Führungskultur durch Anbieten von Qualifizierungsangeboten für Praxisinhaber/innen
- Ausbildung zukunftsfähig gestalten
  - Anbieten von Schulgeld-freien Ausbildungsplätzen
  - gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch Schulen und Berufsverbände
  - Kritische Prüfung der Materialien, die von der Arbeitsverwaltung im Rahmen der Berufsorientierung eingesetzt werden
  - Anreize für das Anbieten von Praktikumsstellen bieten
  - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren und eine hohe Qualität zu sichern
  - Vertiefung des Akademisierungsdiskurses
- Aufwertung des Berufs
  - mehr Autonomie ermöglichen
  - gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um die politische Durchsetzungsfähigkeit zu steigern
  - Sprechfähigkeit der Berufsgruppe weiterentwickeln

- Aktivierung externer Potentiale
  - Quereinstieg über geeignete Fördermöglichkeiten erleichtern
  - Anbieten flexibler Arbeitszeitmodelle
  - Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote
  - Implementierung eines betrieblichen Rückkehrmanagements in Kliniken

### **3.3 Hebammen/Entbindungspfleger<sup>16</sup>**

Im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ wird für die kommenden Jahre von einer rückläufigen Nachfrage nach Hebammen ausgegangen. Dies wird dadurch begründet, dass die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter in Rheinland-Pfalz sinkt. Laut Prognose dürften mehr Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sein als tatsächlich nachgefragt werden. Für das Jahr 2020 wurde ein Angebotsüberhang in Höhe von 118 Personen vorausgerechnet, für 2025 beträgt der Überhang 84 Personen. Zum Zeitpunkt der Prognoserechnungen im Jahr 2011 war allerdings noch nicht abzusehen, dass stark steigende Haftpflichtprämien die freiberufliche Tätigkeit von Hebammen erschweren werden. Auch die Arbeitsbedingungen für Hebammen im Krankenhaus werden in der Arbeitsgruppe als verbesserungsbedürftig beschrieben. Insofern stellt die Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen das wichtigste Problem- und Handlungsfeld für Hebammen dar. Wichtig ist darüber hinaus die zukunftsfähige Gestaltung des Ausbildungsbereichs, um weiterhin ausreichend Auszubildende gewinnen zu können. Die Aktivierung externer Potentiale erscheint nicht zielführend: Eine Stille Reserve, das heißt Hebammen, die aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind, gibt es aufgrund der guten Vereinbarkeitsmöglichkeiten nach Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder nicht. Umschulungen werden von der Arbeitsverwaltung nicht gefördert, und statt der aktiven Anwerbung von Hebammen sollte durch eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen eher die Abwanderung ins Ausland (Schweiz, Österreich u.a.) reduziert werden.

#### **3.3.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen**

Hebammen sind in Krankenhäusern und freiberuflich bzw. in Hebammenpraxen tätig. Eine Vollzeitbeschäftigung im Krankenhaus ist eher die Ausnahme, die Regel ist eine Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus und eine zusätzliche freiberufliche Tätigkeit. Dieses Modell gibt die Möglichkeit, Arbeitszeiten und Arbeitsumfang recht frei zu gestalten und dadurch die

---

<sup>16</sup> Laut den Informationen eines Arbeitsgruppenmitglieds gibt es in Deutschland lediglich zwei männliche Hebammen. Entsprechend erscheint es im Sinne einer besseren Lesbarkeit gerechtfertigt, im Folgenden von Hebammen zu sprechen. Entbindungspfleger sind dabei mit gemeint.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Im freiberuflichen Bereich gibt es eine Vielzahl von Tätigkeitsfeldern: Hebammen leisten Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung, bieten Rückbildungskurse, Geburtsvorbereitungs- und sonstige Kurse für Schwangere an und betreuen Haus- oder Beleggeburten. Vereinbarkeitsprobleme entstehen lediglich, wenn Freiberuflerinnen in der außerklinischen Geburtshilfe oder als Beleghebammen tätig sind, da die Arbeitszeiten hier nur begrenzt planbar sind.

Im Krankenhausbereich wird demgegenüber im Drei-Schicht-Betrieb gearbeitet, was für **ältere Beschäftigte** eine große Belastung darstellen kann. Insbesondere Nachtdienste und der Schichtwechsel sind schwieriger zu bewältigen. Viele ältere Hebammen suchen andere Beschäftigungsbereiche, beispielsweise indem sie in stärkerem Maße auf eine freiberufliche Tätigkeit setzen, Sprechstundenangebote im Krankenhaus übernehmen oder auf die Wochenstation wechseln. Letztere scheint nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds – auch für jüngere Hebammen – zunehmend an Beliebtheit zu gewinnen. Wenn ältere Beschäftigte das Tätigkeitsfeld wechseln, geht allerdings wertvolles Erfahrungswissen verloren. Entsprechend sollten die Kliniken versuchen, altersgerechte Arbeitsplätze auch im Kreißaal anzubieten. Möglicherweise können vermehrt individuelle Arbeitszeitmodelle umgesetzt werden, um die Belastungen durch den Schichtdienst abzufedern.

Die **Beschäftigungsbedingungen im Kreißaal** werden in der Arbeitsgruppe allerdings auch für jüngere Hebammen als verbesserungsbedürftig beschrieben. In vielen Krankenhäusern ist die personelle Ausstattung eher knapp kalkuliert, es gibt keine verbindlichen Personalanzahlzahlen für den Kreißaal-Bereich. Dadurch ist die Arbeit sehr verdichtet und von Zeitdruck und Stress gekennzeichnet. Die Fluktuation ist nach Erfahrung der beteiligten Experten/innen recht hoch. Ein Arbeitsgruppenmitglied berichtet, dass sich Hebammen bei der Suche nach einer neuen Stelle mehr an der personellen Ausstattung (in Relation zur jährlichen Geburtenzahl) orientieren als an Verdienstmöglichkeiten.

Als typisches Konfliktfeld im Kreißaal wird die Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen beschrieben. Eigentlich sind die Hebammen verantwortlich, solange es sich um eine physiologische Geburt handelt, und sie sind weisungsbefugt gegenüber dem medizinischen Personal. Dieses sollte erst dann „eingreifen“, wenn sich Pathologien zeigen. In Stresssituationen oder aus Unsicherheit und fehlender Erfahrung kommt es nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds nicht selten zu Konflikten, weil Ärzte/innen versuchen, in den Verantwortungsbereich der Hebammen einzudringen. Mitunter werden Entscheidungen dann eher aufgrund hierarchischer Strukturen und nicht nach der Erfahrung der Beteiligten getroffen werden. Solchen Konflikten könnte vorgebeugt werden, wenn Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten klarer definiert wären. Dafür sind die Führungskräfte, das heißt die Chefärzte/innen verantwortlich. Nach den Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder ist das Führungsverhalten

ten jedoch in vielen Häusern verbesserungsbedürftig. Es fehlt an Anerkennung und Wertschätzung für die Mitarbeiter/innen, Fortbildungen wie Kommunikations- oder Simulationstrainings für Stresssituationen könnten hilfreich sein. Führungskompetenzen fehlen mitunter auch den Kreißsaalleitungen, das heißt Hebammen mit Weiterqualifizierung. Allerdings befinden sie sich in „Sandwichpositionen“ und werden in der Arbeitsgruppe als „kaum handlungs- und gestaltungsfähig“ wahrgenommen. Insgesamt müsste das Thema Arbeitsbelastungen im Kreißaal stärker in den Fokus der Verantwortlichen in den Kliniken gerückt werden. Aufgrund ausreichender personeller Ressourcen auf dem rheinland-pfälzischen Arbeitsmarkt scheint die Notwendigkeit für eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen noch nicht gesehen zu werden. Nicht zuletzt wird auch die Vergütung der Hebammen im Krankenhaus als nicht zufriedenstellend beschrieben. Diese unterscheidet sich je nach Krankenhaus bzw. je nach Tarifvertrag. Erfahrene Hebammen werden durchaus auch mit Sonderleistungen gelockt, in der Regel wird die Entlohnung in der Arbeitsgruppe jedoch als zu niedrig angesehen. Eine Höherstufung innerhalb der tariflichen Strukturen und eine Differenzierung zwischen akademisch und nicht akademisch qualifizierten Hebammen sind notwendig. Darüber hinaus sollte die Übernahme der Praxisanleitung generell gesondert vergütet werden; derzeit wird dies in den Krankenhäusern unterschiedlich gehandhabt.

Auch im freiberuflichen Bereich wird die Entlohnung als zu niedrig angesehen. Hier gibt es allerdings das Problem, dass durch gestiegene **Haftpflichtprämien** eine freiberufliche Tätigkeit zukünftig schwieriger wird. Laut SGB V müssen freiberufliche Hebammen in der Geburtshilfe eine Haftpflichtversicherung abschließen, ansonsten dürfen sie nicht tätig werden. In den vergangenen Jahren sind diese Beiträge stark angestiegen. Hintergrund ist nicht, dass die Anzahl der Schadensfälle nach Geburten zugenommen hat, sondern steigende Behandlungs- und Pflegekosten für die Betroffenen.<sup>17</sup> Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts wird auf Bundesebene versucht, eine Lösung für die Problematik zu finden.

### **3.3.2 Zukunftsfähige Gestaltung des Ausbildungsbereichs**

In Rheinland-Pfalz bieten drei Schulen die Ausbildung zur Hebamme an. Insgesamt 112 Ausbildungsplätze stehen laut Ausbildungsstättenplan aus dem Jahr 2013 zur Verfügung. Da alle drei Schulen im Sinne des §2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von einem Krankenhaus getragen werden, sind die Ausbildungskosten über das Ausgleichsverfahren gemäß §17a KHG erstattungsfähig. Ein Schulgeld müssen die Auszubildenden deshalb – anders als in anderen Therapeutischen Gesundheitsfachberufen – nicht entrichten. Auch die Gewinnung von Auszubildenden stellt kein größeres Problem dar. Es gibt einen deutlichen

---

<sup>17</sup> Die Haftpflichtprämien sind nicht nur für Hebammen, sondern auch für Ärzte/innen und für Krankenhäuser gestiegen.

Überhang an Bewerber/innen.<sup>18</sup> Um die Attraktivität der Ausbildungsstätten zu erhalten, sind aus Sicht der beteiligten Experten/innen mehrere Wege sinnvoll.

**Öffentlichkeitsarbeit** ist wichtig, da viele Bewerber/innen sich an mehreren Schulen deutschlandweit bewerben. Die Beteiligung der Schulen an Ausbildungsmessen und ähnlichen Veranstaltungen erscheint in der Arbeitsgruppe jedoch als wenig zielführend. Zentral ist dagegen die Gestaltung des Internetauftritts der Schulen. Interessenten/innen finden den Weg zu den einzelnen Schulen in der Regel über die Online-Informationen des Hebammen-Verbandes. Über ihre Homepage kann sich die einzelne Schule abheben, indem Stärken oder Zusatzangebote dargestellt werden. Wichtig sind dabei zielgruppenadäquate Präsentationsformen.

Da die meisten Interessenten/innen gerne einen akademischen Abschluss erwerben möchten, kooperieren alle drei rheinland-pfälzischen Hebammen-Schulen mit Hochschulen im Rahmen von dualen Studienangeboten. Damit schreitet die vom Berufsverband propagierte **Akademisierung** des Berufsstandes voran. Diese soll zu einer Angleichung der deutschen Ausbildung auf internationales Niveau führen, ein breiteres Spektrum an Ausbildungsinhalten ermöglichen und die Hebammen „auf Augenhöhe“ mit dem medizinischen Personal heben.

Ein weiteres Problemfeld ist das Absolvieren von **Praktika im ambulanten Bereich**, da der Versicherungsschutz für Auszubildende nur Krankenhaus-intern gilt. Ein Praktikum bei einer freiberuflichen Hebamme, in einer Hebammenpraxis oder einem Geburtshaus ist nicht verpflichtend, laut §6 Hebammengesetz (HebG) kann ein dreimonatiges Praktikum in freiberuflicher Praxis absolviert werden. In der Arbeitsgruppe wird ein solches Praktikum jedoch als sinnvoll angesehen, da viele Hebammen nach der Ausbildung (auch) freiberuflich tätig werden. Entsprechend groß ist die Nachfrage nach Praktikumsplätzen. Ein Arbeitsgruppenmitglied berichtet, dass es durchaus möglich ist, dass die ausbildenden Krankenhäuser Kooperationsverträge mit Freiberufler/innen abschließen und dann der Versicherungsschutz auch auf die Praktikumsstelle ausgeweitet wird. Erste Erfahrungen dazu existieren offensichtlich. Diese müssten flächendeckend umgesetzt werden, um eine optimale Vorbereitung der Auszubildenden auf die spätere Berufstätigkeit zu gewährleisten.

Nicht zuletzt bedürfen die **strukturellen Rahmenbestimmungen** der Ausbildung aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder einer Novellierung in verschiedenen Bereichen. Wie in den Berufsgesetzen und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der anderen therapeutischen Gesundheitsfachberufe fehlt es an einer Verankerung moderner pädagogischer Konzepte. Der Pädagogische Fachbeirat des Hebammen-Verbandes hat ein Modulhandbuch für die

---

<sup>18</sup> Auch hier zeigt sich allerdings ein Einfluss der Medienberichte über die Folgen der gestiegenen Haftpflichtprämien: Die Arbeitsgruppenmitglieder berichten von einem Einbruch der Bewerberzahlen an den Schulen, der auf die zum Teil verzerrende Medienberichterstattung zurückzuführen ist.

Hebammen-Ausbildung entwickelt und bundesweit verbreitet. Obwohl dieses keinen verpflichtenden Charakter hat, arbeiten die rheinland-pfälzischen Schulen danach. Damit liegt ein Konzept vor, mit welchem sogar schon Praxiserfahrungen gesammelt werden. Daran könnte bei einer Novellierung von Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung angeknüpft werden. Lehrkräfte in der Hebammen-Ausbildung sollten aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder akademisch qualifiziert sein; dies müsste im Berufsgesetz entsprechend festgeschrieben werden. Über geeignete Anpassungsqualifizierungen, die zunächst noch entwickelt werden müssen, könnten die derzeit tätigen Lehrkräfte nachqualifiziert werden.

Der Fokus müsste dabei weniger auf fachlich-inhaltliche, sondern mehr auf didaktische Aspekte gerichtet werden. Ebenso wenig gesetzlich geregelt ist bislang die Praxisanleitung: Meist sind es weitergebildete Hebammen, die die Praxisanleitung übernehmen, letztlich ist es den Kliniken aber freigestellt, ob Personal dafür eingeplant wird. Eine gesetzliche Grundlage ist aus Sicht der beteiligten Experten/innen wichtig, um ein hohes Niveau der praktischen Ausbildung zu sichern. Darüber hinaus sollten bei einer Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen auch die geforderten Praxiseinsätze überarbeitet werden. Der Ausbildungskatalog für die Praxis, der bislang nur EU-rechtlich verankert ist, müsste in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung integriert werden. Die Zuständigkeit für die Novellierung des Hebammen-Gesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung liegt auf Bundesebene beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Land könnte allerdings einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringen und damit das BMG auffordern, Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu novellieren.

### **3.3.3 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

Für den Bereich der Geburtshilfe geht es darum, den Fachkräftebedarf langfristig zu decken. Dazu sind in den vorangegangenen Kapiteln verschiedene Ansätze skizziert worden. Diese werden im Folgenden noch einmal in Form eines Überblicks zusammengefasst. Die Ansätze liefern eine Grundlage für die weiteren Arbeiten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“, auch wenn die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Aufgeführt sind der Vollständigkeit halber auch Handlungsansätze, die nicht auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden können. Zudem ist zu beachten, dass die Arbeitsgruppenergebnisse durchaus eine regionale Färbung tragen können und dass in anderen Bundesländern andere Problemlagen prioritär sind.

- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - Anbieten altersgerechter Arbeitszeitmodelle
  - Verbesserung der Führungskultur und des Arbeitsklimas im Krankenhaus

- Klärung von Prozessabläufen und Verantwortlichkeiten im Kreißaal
- höhere Vergütung für angestellte und freiberufliche Hebammen
- Gewinnung von Auszubildenden
  - gezielte Öffentlichkeitsarbeit der Schulen durch zielgruppengerechte Gestaltung der Internetauftritte
  - Übernahme der Kosten für die Versicherung von Auszubildenden im Außenpraktikum durch die ausbildenden Krankenhäuser
  - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren und eine hohe Qualität zu sichern

### **3.4 Logopäden/innen**

Treffen die Vorausberechnungen im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ zu, ist der rheinland-pfälzische Arbeitsmarkt für Logopäden/innen zukünftig nur eher leicht im Ungleichgewicht. Im Jahr 2020 dürften 16 Fachkräfte fehlen, im Jahr 2025 sind es 38. Um Engpässen vorzubeugen, sind unterschiedliche Handlungsfelder in den Blick zu nehmen: Eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen und hier vor allem der Entlohnung wurde in der Arbeitsgruppe als zentral dargestellt. Im Ausbildungsbereich kann die Akquise von Auszubildenden auch in Zukunft gesichert werden, wenn mehr Schulgeld-freie Ausbildungsplätze angeboten werden und die Ausbildung modernisiert wird. Eine Aufwertung des Berufs dürfte helfen, die Stellung von Logopäden/innen im Gesundheitswesen zu verbessern und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Nicht zuletzt kann auch über die Aktivierung der Stillen Reserve zur Sicherung des Fachkräftebedarfs beigetragen werden.

#### **3.4.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen**

Nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder sind etwa zwei Drittel der Logopäden/innen in logopädischen Praxen tätig, entweder als Praxisinhaber/in oder als Angestellte. Die übrigen sind vor allem in Akutkrankenhäusern und hier vor allem in der Neurologie oder in Rehabilitationskliniken beschäftigt. Im stationären Bereich gibt es meist klare Vorgaben, wie therapiert werden muss. Zudem ist die Klientel der Patienten/innen eher homogen. In den Praxen ist die Arbeit abwechslungsreicher, und es gibt größere Freiheiten in der Therapie. Das Vorgehen ist sehr individualisiert, der Kontakt zu den Patienten/innen ist eng. Kreativität ist notwendig, um therapeutische Maßnahmen beispielsweise für Kinder spannend zu halten. Die größere Freiheit in den Praxen erklärt sich durch die Heilmittelverordnungen der Ärzte/innen, die lediglich die Position „Logopädie“ mit einer Zeitvorgabe (30, 45 oder 60 Minuten, wobei

45 Minuten die Regel sind) enthalten. Das therapeutische Verfahren wird – anders als beispielsweise in der Physiotherapie – nicht ärztlich festgelegt. Ein weiteres, als positiv bewertetes Kennzeichen der Arbeitsbedingungen sind die flexiblen Arbeitszeitmodelle. Mit einem Frauenanteil von ca. 90 Prozent handelt es sich bei der Logopädie um einen Frauenberuf. Teilzeitbeschäftigung ist weit verbreitet und wird genutzt, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Im stationären Bereich wird häufig im Schichtdienst gearbeitet, und auch logopädische Praxen haben bis in die Abendstunden geöffnet. Damit sind vielfältige Arbeitszeitmodelle möglich. Aufgrund begrenzter Öffnungszeiten von Kindertagesstätten und der Ganztagsbetreuung in allgemeinbildenden Schulen haben Praxisinhaber/innen allerdings Schwierigkeiten, Personal für den späteren Nachmittag zu finden.

Vereinbarkeitsprobleme werden in der Arbeitsgruppe jedoch nicht als ein herausragendes Problemfeld beschrieben. Größter Handlungsbedarf wird im Bereich der **Vergütung** der Heilmittel gesehen, die als zu niedrig erscheint. Die Heilmittelvergütung wird jährlich auf Landesebene zwischen dem Berufsverband und den Krankenkassen als Kostenträgern ausgehandelt. Die vereinbarten Steigerungen der vergangenen Jahre fallen aus Sicht der berufsständischen Vertreter/innen zu niedrig aus. Die Kostenträger verweigern höhere Steigerungsraten und begründen dies damit, dass sie an das Prinzip der Beitragssatzstabilität gemäß §71 Abs. 1-3 SGB V gebunden sind. Demnach müssen die Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung so ausgestaltet sein, dass keine Erhöhungen der Beitragssätze für die Versicherten notwendig werden. Als Orientierung dafür dient die Grundlohnsummenentwicklung, d.h. die Entwicklung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung. Zwar müssen die Ergebnisse der Vergütungsvereinbarungen den Aufsichtsbehörden neuerdings nicht mehr zur Prüfung vorgelegt werden, dies ändert jedoch nichts daran, dass sich die Abschlüsse an der Entwicklung der Grundlohnsumme zu orientieren haben. Der Berufsverband versucht auf der Ebene der Bundespolitik auf eine Entkopplung der Heilmittelvergütung von der Grundlohnsummenentwicklung hinzuwirken. Von der Vergütung der Heilmittel sind unter anderem auch die **Gehälter** der in Praxen beschäftigten Fachkräfte abhängig. Vergütungssteigerungen im Erwerbsverlauf sind nicht möglich, solange die Einnahmen der Praxis nicht steigen. Ein als zu gering empfundener Verdienst kann zur Abwanderung in andere Tätigkeitsbereiche führen. Dies betrifft nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder in der Logopädie vor allem junge Berufsangehörige nach Abschluss der Ausbildung.

Karrieremöglichkeiten in der Logopädie existieren sowohl in vertikale Richtung (beruflicher Aufstieg) als auch horizontal (fachliche Weiterqualifizierung). Logopäden/innen können sich gleich nach Abschluss der Ausbildung mit einer eigenen Praxis selbständig machen oder sich zum/r leitenden Logopäden/in im stationären Bereich weiterqualifizieren. Über diverse Studienangebote ist eine Spezialisierung beispielsweise in den Bereichen Forschung oder

Pädagogik möglich. Zudem gibt es eine Reihe von fachlichen Spezialisierungen auf bestimmte Krankheitsbilder, Patientengruppen oder Therapieformen. Kritisch wird in der Arbeitsgruppe gesehen, dass die **Finanzierung von Weiterqualifizierungen** nur im stationären Bereich von den Arbeitgebern übernommen und die Beschäftigten dafür freigestellt werden. Aufgrund der engeren Gewinnspanne der Praxen ist eine Unterstützung der Entwicklungsbestrebungen der Mitarbeiter/innen dagegen nur in sehr begrenztem Maße möglich. Dies erschwert es älteren Beschäftigten, sich altersgerechte Betätigungsfelder zu suchen. In der Regel werden die Arbeitsbelastungen zwar nicht als so hoch angesehen, dass der Beruf nicht bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausgeübt werden könnte, in Einzelfällen ist ein Wechsel des Tätigkeitsfeldes aber notwendig, um Arbeitsbelastungen zu reduzieren. Dieser Wechsel geht mit Kosten einher, die die Beschäftigten zum Großteil selbst tragen müssen.

Insgesamt wird die Arbeit in den Praxen als belastend wahrgenommen. **Arbeitsbelastungen** entstehen durch lange Arbeitstage – in der Regel sind die Praxisinhaber/innen von 7 Uhr morgens bis 19 Uhr abends vor Ort – und psychische Belastungen durch den engen, intensiven Kontakt mit Patienten/innen. Logopäden/innen müssen sich alle 45 Minuten auf einen neue/n Patienten/in und damit verbundene, spezifische Interaktionserfordernisse einlassen. Durch Hausbesuche, die noch schlechter vergütet werden als die Behandlung in der Praxis, entstehen Termindruck und Belastungen durch Fahrtzeiten und den ständigen Atmosphärenwechsel. Als hoch wird darüber hinaus der Verwaltungsaufwand in den Praxen beschrieben.

Die Praxisinhaber/innen müssen den Eigenanteil der Patienten/innen an den Heilmitteln abrechnen und die Richtigkeit der ärztlichen Verordnungen prüfen, da nur Rezepte ohne Fehler mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Deshalb muss ein fehlerhaftes Rezept geändert werden.<sup>19</sup> Dazu müssen die Patienten/innen noch einmal den/die verordnende/n Arzt/Ärztin aufsuchen oder ein/e Mitarbeiter/in der logopädischen Praxis übernimmt dies. Eine Pauschale für den Verwaltungsaufwand kann nicht abgerechnet werden. Wirtschaftliches Arbeiten wird damit erschwert, zudem sinkt die Arbeitszufriedenheit durch die Beschäftigung mit berufsfremden Tätigkeiten. Die Ausgabe fehlerhafter Verordnungen könnte vermutlich schon in den Arztpraxen mittels einer zertifizierten Software verhindert werden. Eine rechtliche Grundlage, mit der die Rezeptprüfungspflicht von den logopädischen Praxen auf die Ärzte/innen übertragen wird, fehlt allerdings. Verwaltungsaufwand, lange Arbeitszeiten, Hausbesuche und psychische Belastungen führen zusammen mit den als zu niedrig empfundenen Verdienstmöglichkeiten dazu, dass die Arbeitsbedingungen in der Logopädie von den Arbeitsgruppenmitgliedern als stark verbesserungsbedürftig angesehen werden.

---

<sup>19</sup> Nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds enthält jedes zweite Rezept eine fehlerhafte Eintragung.

Geht es um die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, geraten auch die Praxisinhaber/innen in den Blick. Als Führungskräfte benötigen diese **Führungs- und Managementkompetenzen**. Auch wenn es gleich nach Abschluss der Ausbildung die Möglichkeit gibt, sich mit einer eigenen Praxis selbständig zu machen, werden dafür notwendige Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung kaum vermittelt. Im praktischen Vollzug fehlt es beispielsweise an arbeitsrechtlichem Wissen, an Kompetenzen zum Umgang mit Konflikten und an der Fähigkeit, sowohl eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen und als auch klare Vorgaben zu machen, an denen sich die Mitarbeiter/innen orientieren können. Die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten verschlechtern sich dadurch. Studienangebote für Logopäden/innen in Rheinland-Pfalz decken solche Inhalte ab und können zur „Nachqualifizierung“ von Praxisinhaber/innen genutzt werden. Zudem ist zu eruieren, inwieweit die Ergebnisse des Projekts „Führung lernen in Pflegeeinrichtungen und Praxen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe“<sup>20</sup>, bei dem die Inhaber/innen physiotherapeutischer Praxen in einen angeleiteten kollegialen Austausch gebracht wurden und dadurch ihre Kompetenzen im Bereich der Personalentwicklung weiterentwickeln konnten, auch für die Logopädie nutzbar gemacht werden könnten.

### **3.4.2 Ausbildung zukunftsfähig gestalten**

Die Ausbildung zum/r Logopädin wird in Rheinland-Pfalz derzeit an drei Schulen angeboten. Im Zuge der Erstellung eines neuen Ausbildungsstättenplans wurde berechnet, dass 141 Ausbildungsplätze jährlich besetzt sein müssten, damit kein Fachkräfteengpass entsteht. Etwa 159 Schulplätze stehen derzeit zur Verfügung, im Schuljahr 2013/2014 waren laut Daten aus der Schulstatistik des Statistischen Landesamtes immerhin 132 Plätze besetzt. Die Akquise von Auszubildenden wurde in der Arbeitsgruppe trotz der Diskrepanz zwischen Ausbildungsbedarf und besetzten Plätzen nicht als aktuelles Problemfeld beschrieben, Öffentlichkeitsarbeit der Schulen wird nicht als wichtiges Handlungsfeld angesehen. Im Bereich der Ausbildung geht es eher um eine zukunftsfeste Ausgestaltung und Modernisierung. Dadurch würde selbstverständlich auch die Gewinnung von Auszubildenden erleichtert.

Derzeit wird an zwei der drei Schulen in Rheinland-Pfalz ein **Schulgeld** erhoben, das laut Informationen auf den Internetseiten der Schulen knapp 350 Euro monatlich beträgt. Dass solch hohe Ausbildungskosten – gerade im Vergleich zu verwandten Studienangeboten – abschreckend wirken, ist selbsterklärend. Von den aktuellen Entwicklungen im Bundesland, mit denen versucht wird, die Anzahl Schulgeld-freier Ausbildungsplätze in der Physiotherapie

---

<sup>20</sup> Das Projekt ist zwischen November 2011 und Juli 2013 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie durchgeführt worden. Für weitere Informationen zum Projekt siehe: <http://iwak-frankfurt.de/projansprech/Fuehrung.html>

zu steigern, könnte auch die Logopädie profitieren. Zumindest eine der beiden Schulgeldpflichtigen Schulen wird von einem Krankenhaus getragen, das mit 50 Ausbildungsplätzen in der Logopädie in den Ausbildungsstättenplan aufgenommen ist. Der gesetzliche Rahmen für das Krankenhaus, ein Ausbildungsbudget mit den Krankenkassen zu verhandeln, ist damit gegeben. Die Ausbildungskosten müssten dann nicht mehr über Schulgeld finanziert werden, sondern könnten über das Ausgleichsverfahren gemäß §17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abgedeckt werden. Schulgeld-freie Ausbildungsplätze erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Bewerberzahlen hoch bleiben, auch wenn die Zahl der Abgänger/innen allgemeinbildender Schulen rückläufig ist.

Inwieweit die Informationsmaterialien, die die Agenturen für Arbeit im Rahmen der **Berufsorientierung** einsetzen, aktualisiert werden sollten, müsste kritisch geprüft werden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren mit den Materialien nicht im Detail vertraut. Kritik wurde lediglich dahingehend geäußert, dass in den Materialien die niedrigste mögliche Zugangsvoraussetzung, in der Logopädie der Hauptschulabschluss, genannt wird. Laut §4 Abs. 2 LogopG ist der Zugang zur Ausbildung mit Hauptschulabschluss prinzipiell möglich, wenn zusätzlich eine mindestens zweijährige Berufsausbildung abgeschlossen wurde. Nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder kommt dies in der Praxis nicht vor. Aufgrund der hohen Bewerberzahlen haben die Schulen die Möglichkeit, ihre Schüler/innen gezielt auszuwählen. Dies führt dazu, dass die meisten Auszubildenden über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen, lediglich elf der derzeit 132 Schüler/innen verfügen „nur“ über einen mittleren Bildungsabschluss. Mit der Information in den Materialien der Arbeitsverwaltung werden aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder falsche Erwartungen bei Hauptschüler/innen geweckt.

Ein Problembereich im Rahmen der Ausbildung ist das Anbieten von **Praktika in Praxen**. Da die Praxen das Hauptbetätigungsfeld von Logopäden/innen sind, wird das Absolvieren von Praktika in diesem Bereich als überaus sinnvoll angesehen. Für die Praxen ist die Betreuung von Auszubildenden jedoch wenig attraktiv und aufwändig. Die Praxisanleitung wird nicht vergütet, Praxisinhaber/innen bieten Praktikumsstellen eher „aus Idealismus“ an. Die Praktikanten/innen dürfen nicht ohne Anleitung tätig werden, da die Therapie zu komplex und individualisiert ist. Insofern können sie auch nicht zur Entlastung der Praxen beitragen. Außerdem wollen viele Patienten/innen nicht, dass neben dem/r Therapeuten/in und ggf. einem Elternteil noch eine weitere Person anwesend ist. Der/die Praxisinhaber/in muss aushandeln, dass die Praktikanten/innen teilnehmen dürfen.

Wichtig ist es deshalb, dass die Schulen Wertschätzung für kooperationsbereite Praxen zeigen. Dies muss nicht zwangsläufig in monetärer Form geschehen, manche Schulen bieten beispielsweise kostenlose oder kostenreduzierte Fortbildungstage für Praxisinhaber/innen an, die Praktikumsstellen vorhalten. Um die Qualität der praktischen Ausbildung und die Ar-

beitsmarktfähigkeit der Absolventen/innen langfristig zu sichern, sollten die Schulen im Rahmen ihrer Möglichkeiten geeignete Wege eruieren, kooperierende Praxen dauerhaft zu binden.

Als modernisierungsbedürftig werden die **gesetzlichen Rahmenbestimmungen** der Ausbildung betrachtet. Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsordnung stammen aus dem Jahr 1980. Die Ausbildung ist nach Fächern strukturiert, was nicht dem neuesten pädagogischen Stand entspricht. Angestrebt wird eine Strukturierung nach Lernfeldern. In anderen Bundesländern gibt es Richtlinien, die zur Orientierung dienen könnten. Zudem ist gemeinsam mit Vertreter/innen von Physio- und Ergotherapie ein Dachverband der Lehrkräfte gegründet worden, der Vorarbeiten für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung leistet. Überdies sind Inhalte für ein einheitliches Curriculum in der Logopädie-Ausbildung vom Berufsverband und dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten erarbeitet worden.

Verbindlich geregelt werden sollte aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder auch die Qualifikation der Lehrkräfte. Derzeit gibt es dazu keine Vorgaben. Angestrebt wird eine akademische Qualifikation, um die didaktische Qualität des Unterrichts zu sichern und um die Anforderungen an Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen anzugleichen. Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung sollte aus Sicht des Berufsverbandes ausschließlich ein mittlerer Bildungsabschluss ab. Zudem müsste die Diagnostik als Tätigkeitsfeld der Logopädie in den gesetzlichen Rahmenbestimmungen stärker aufscheinen. Immerhin erstellen Logopäden/innen nicht nur einen Therapieplan, sondern stellen auch eine Diagnose. Die Befunderstellung stellt eine eigene Position im Heilmittelkatalog dar, die mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Auch das Berufsbild und Tätigkeitsspektrum in der Logopädie werden in Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsordnung nicht mehr zeitgemäß abgebildet. Eine Novellierung kann jedoch nicht auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz erfolgen. Zuständig ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Land könnte höchstens einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringen und das BMG zu einer Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen auffordern.

Von Seiten des Berufsverbandes wird perspektivisch eine umfassende Neustrukturierung der Ausbildungsstrukturen angestrebt. **Akademisierungsmöglichkeiten** sollen nicht mehr nur additiv zur Ausbildung angeboten werden, sondern die Ausbildung soll grundständig akademisch angeboten werden. Nach einem Bachelor-Abschluss sollen Spezialisierungsmöglichkeiten auf Master-Niveau möglich sein. Zwar wird die derzeitige Ausbildung in den Schulen des Gesundheitswesens von den beteiligten Experten/innen als qualitativ hochwertig beschrieben, international wird ihr allerdings die Vergleichbarkeit aberkannt. Neben der Angleichung an internationale Standards geht es auch darum, der zunehmenden Komplexität des

Fachgebiets der Logopädie gerecht zu werden und mehr Möglichkeiten für logopädische Forschung zu schaffen, mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern. Und nicht zuletzt geht es auch darum, den Berufsstand aufzuwerten und seine Stellung zu verbessern (siehe unten). In der Arbeitsgruppe ist der Akademisierungsdiskurs nur ansatzweise geführt worden. Die Berufsverbände der Therapeutischen Gesundheitsfachberufe müssen ihn auf Bundesebene vertiefen.

### **3.4.3 Aufwertung des Berufs**

Die politische Durchsetzungskraft des Berufsverbandes dürfte aufgrund der geringen Größe der Berufsgruppe schwierig werden, auch wenn der Organisationsgrad der Berufsangehörigen nach Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder hoch ist. Wichtig ist gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um den Berufsstand und seine Interessen in der Öffentlichkeit bekannter zu machen. Die Wahrscheinlichkeit, berufspolitische Ziele zu erreichen, steigt mit dem Grad ihrer Wahrnehmbarkeit. Neben den mittlerweile üblichen Aktivitäten im Internet nutzt der Berufsverband andere niedrigschwellige Wege, um den Beruf und berufspolitische Anliegen zu bewerben. Beispielsweise werden Artikel in Elternzeitschriften, die einer breiten Öffentlichkeit zugänglich sind (z.B. „Eltern“), veröffentlicht. Mittels der Wanderausstellung „Sprich mit mir“ wurde deutschlandweit über das Thema Sprachentwicklung informiert. Am 6. März 2015 wird der „Tag der Logopädie“ mit Aktionen wie Demonstrationen und Zeitungsartikeln oder Plakaten zur Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Zudem sind die Verbandsmitglieder vielfach vernetzt, zum Beispiel auch mit Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfegruppen. In der Arbeitsgruppe wurde die Idee einer größeren Kampagne diskutiert, um die Belange der Heilmittelerbringer in der Öffentlichkeit sichtbarer zu machen.

### **3.4.4 Aktivierung der Stillen Reserve**

Nach Erfahrung der beteiligten Experten/innen gibt es eine Stille Reserve an Logopäden/innen, die aufgrund familiärer Verpflichtungen aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind. Das Durchschnittsalter in der Berufsgruppe ist recht jung; laut Angaben des Berufsverbandes liegt es bei Ende 30. Vermutlich besteht deshalb ein recht großes Potential an möglichen Wiedereinsteiger/innen. Aufgrund des hohen Fortbildungsbedarfs in der Logopädie dürfte der Wiedereinstieg eine Hürde darstellen, vor allem wenn mehrere Jahre pausiert wurde. Weiterqualifizierung ist mit hohen Kosten verbunden, die während einer Familienphase auch nicht durch einen Arbeitgeber übernommen wird. Ohne Fortbildung sind die Fachkräfte schnell nicht mehr auf dem neuesten Stand. Spezifische Wiedereinstiegskurse scheinen in der Logopädie allerdings nicht das Mittel der Wahl zu sein; stattdessen ist ein

stundenweises Arbeiten zum Wiedereinstieg nach einer Familienphase nicht unüblich. Hinzu kommt die Möglichkeit, sich fachlich auf einen exklusiven Behandlungsbereich, in dem der Fortbildungsbedarf eher gering ist, zu beschränken. Nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder tun dies viele Teilzeitbeschäftigte. Von den Praxisinhaber/innen ist hinreichend Flexibilität in der Personalplanung erforderlich. Ein grundlegendes Problem ist die als zu niedrig empfundene Vergütung der Heilmittel, die die Verdienstmöglichkeiten im Beruf sehr beschränkt. Über die Entlohnung können kaum Anreize für einen Wiedereinstieg in den Beruf gesetzt werden. Zudem fehlen flexible Kinderbetreuungsangebote, vor allem im (Spät-) Nachmittagsbereich, die eine höhere Wochenarbeitszeit und damit auch einen höheren Verdienst ermöglichen könnten.

Weitere externe Potentiale außer der Stillen Reserve können in der Logopädie nicht aktiviert werden. Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben, dürfte aufgrund der hohen Sprachbarriere nicht erfolgreich sein. Ebenso wenig erscheint es notwendig, den Quereinstieg in die Logopädie(-Ausbildung) zu erleichtern. Andere Ansätze zur Fachkräftesicherung dürften leichter umzusetzen sein.

### **3.4.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

Im Folgenden werden die oben skizzierten Ansätze zur Fachkräftesicherung überblicksartig zusammengefasst. Die Übersicht kann möglicherweise noch ergänzt werden, und sie könnte – bedingt durch die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe – „regional gefärbt“ sein. In anderen Bundesländern können andere Handlungserfordernisse im Vordergrund stehen. Für die weiteren Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“ kann die Übersicht allerdings als Orientierung dienen, auch wenn nicht alle Ansätze auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden können.

- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote (im Spätnachmittagsbereich)
  - höhere Vergütung des Heilmittels Logopädie
  - höhere Vergütung von Hausbesuchen
  - höhere Gehälter für Beschäftigte
  - (anteilige) Finanzierung von Weiterqualifizierungen für Beschäftigte
  - Reduzieren des bürokratischen Aufwandes durch fehlerhafte ärztliche Verordnungen
  - Verbesserung der Führungskultur durch das Anbieten von Qualifizierungsangeboten für Praxisinhaber/innen

- Ausbildung zukunftsfähig gestalten
  - Anbieten von mehr Schulgeld-freien Ausbildungsplätzen
  - Anreize für das Anbieten von Praktikumsstellen bieten
  - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren und eine hohe Qualität zu sichern
  - Vertiefung des Akademisierungsdiskurses
- Aufwertung des Berufs
  - gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um die politische Durchsetzungsfähigkeit zu steigern
- Aktivierung externer Potentiale
  - Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote und Erhöhung der Heilmittelvergütung, um die Stille Reserve zu aktivieren

### **3.5 Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen**

Die Vorausberechnungen der zukünftigen Fachkräftesituation für Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ deuten nicht darauf hin, dass eine Fachkräftelücke zu erwarten ist. Für das Jahr 2020 wird ein Überhang in Höhe von 266 Fachkräften prognostiziert, für das Jahr 2025 ein Überhang von 199 Personen. Inwieweit diese Vorausberechnungen zutreffen werden, ist auch von der Rolle abhängig, die die Berufsgruppe der Masseur/innen im Gesundheitswesen zukünftig spielen wird. Ein wesentliches Problem ist, dass es dazu keine klare Perspektive gibt. Insofern ist das wichtigste Problem- und Handlungsfeld die Aufwertung des Berufs in dem Sinn, dass eine Perspektive für die Berufsgruppe geschaffen werden muss. Darüber hinaus ist die Gewinnung von Auszubildenden ein wichtiges Problem- bzw. Handlungsfeld, da die Ausbildung in Rheinland-Pfalz kostenpflichtig ist. Die Beschäftigungsbedingungen werden in der Arbeitsgruppe mit Ausnahme der zu geringen Entlohnung nicht als schlecht beschrieben. Externe Potentiale können aktiviert werden, indem die Potentiale für eine Umschulung zum/r Masseur/in ausgeschöpft werden. Die vier Problem- und Handlungsfelder werden im Folgenden beschrieben.

#### **3.5.1 Aufwertung des Berufs**

Der Masseur-Beruf war schon des Öfteren „totgesagt“, wie die Arbeitsgruppenmitglieder berichten. Fragen der Zukunftsfähigkeit des Berufs werden seit der Reform der Ausbildung im Zuge der Novellierung des Berufsgesetzes (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie

(Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG)) im Jahr 1994 diskutiert. Viele Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen hatten schon damals die Befürchtung, in eine berufliche Sackgasse zu geraten und haben die Chance ergriffen, sich zum/r Physiotherapeuten/in weiter zu qualifizieren. Seither sind viele originäre Tätigkeitsbereiche der Masseur/innen in die Physiotherapie integriert worden. Massage als Heilmittel wird von den Ärzten/innen seltener verordnet. Nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder sind Masseur/innen allerdings eine gefragte Berufsgruppe in Rehabilitationseinrichtungen sowie im Kur- und Wellness-Bereich. Die Zukunftsfähigkeit hängt des Berufs hängt davon ab, welche Position Masseur/innen im Gesundheitswesen zukünftig einnehmen werden, und hier ergeben sich durchaus Entwicklungschancen. Eine mögliche Akademisierung der Physiotherapie könnte Chancen für die Berufsgruppe der Masseur/innen bieten. Um die Versorgung zu sichern, könnten Physiotherapeuten/innen möglicherweise vermehrt Leistungen an Masseur delegieren. Arbeitsteilige Strukturen bestehen schon heute und sind auch in den Ländern die Regel, in denen Physiotherapeuten/innen akademisch qualifiziert sind. Allerdings existiert nicht in allen Ländern eine Masseur-Ausbildung, die vergleichbar mit der hiesigen ist. Vielerorts handelt es sich um dreimonatige Ausbildungen, alternativ sind Assistenzberufsbilder entstanden. Vermutlich könnten die vergleichsweise gut qualifizierten Masseur/innen und medizinischen Bademeister/innen die Physiotherapeuten/innen in einigen Bereichen entlasten. In der Arbeitsgruppe sind solche Perspektiven jedoch nicht diskutiert worden. Sie sind erst in den Experteninterviews aufgeschienen. Insofern ist zunächst eine Klärung der Perspektiven unter Beteiligung der Berufsverbände in der Physiotherapie notwendig.

### **3.5.2 Gewinnung von Auszubildenden**

Anfang des Jahres 2012, als in Rheinland-Pfalz mit der Erstellung eines neuen Ausbildungsstättenplans begonnen wurde, haben im Bundesland elf Schulen die Ausbildung zum/r Masseur/in und medizinischen Bademeister/in angeboten. Die Gewinnung einer ausreichenden Zahl an Auszubildenden, um die vorhandenen Plätze zu füllen, wird durch verschiedene Faktoren erschwert.

Abschreckend wirkt vor allem das **Schulgeld**, welches an allen elf Schulen zu entrichten ist. Gerade für die große Gruppe der Hauptschulabsolventen/innen, die oftmals nicht aus finanzkräftigen Elternhäusern stammen, hat das Schulgeld eine abschreckende Wirkung. Nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds sind Ausbildungsabbrüche aufgrund finanzieller Schwierigkeiten nicht selten. Im Frühjahr des Jahres 2012 betrug das Schulgeld in Rheinland-Pfalz durchschnittlich 341 Euro pro Monat. Im Zuge der Umsetzung des neuen Ausbildungsstättenplans werden wahrscheinlich in den kommenden Jahren Schulgeld-freie Ausbildungsplätze in der Physiotherapie angeboten. Warum die Masseur-Ausbildung im Vergleich

dazu weiterhin kostenpflichtig ist, dürfte den Interessenten/innen kaum zu vermitteln sein. Hintergrund ist, dass die Schulen des Gesundheitswesens in Rheinland-Pfalz nicht ins Schulgesetz aufgenommen sind (siehe §6 Abs. 2 Schulgesetz (SchulG)). Damit kommt auch der Grundsatz der Schulgeldfreiheit nicht zum Tragen. Für den größten Teil der Therapeutischen Gesundheitsfachberufe können die Ausbildungskosten von den Krankenkassen erstattet werden, wenn sich die Schulen in Trägerschaft eines oder mehrerer Krankenhäuser befinden. Zwar gibt es im Bundesland auch Massage-Schulen in Trägerschaft eines Krankenhauses, eine Finanzierung durch die Krankenkassen kommt dennoch nicht in Frage. Nach § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind die Ausbildungsstätten für Masseur/innen und medizinischen Bademeister/innen von dieser Möglichkeit der Finanzierung ausgeschlossen.

Die Schulen bemühen sich mittels gezielter **Öffentlichkeitsarbeit**, Auszubildende zu gewinnen. Neben Inseraten in Zeitungen und der Veranstaltung von Berufsinformationstagen wird an Berufsausbildungsmessen teilgenommen. Nach Aussage eines/r beteiligten Experten/in scheint allerdings die Mund-zu-Mund-Propaganda über Alumni das klassische und erfolgreichste Mittel zur Akquise zu sein. Aus Sicht der berufsständischen Vertretung müsste die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert werden, auch um für den Beruf an sich zu werben, allerdings sind die finanziellen Möglichkeiten der Berufsverbände – gerade im Vergleich zu anderen Branchen – sehr begrenzt.

Neben der Schulgeld-Problematik und der Öffentlichkeitsarbeit stellt die **Modernisierung der Ausbildung** ein wichtiges Handlungsfeld im Bereich der Ausbildung dar. Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsordnung sind aus dem Jahr 1994, eine Novellierung ist aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder dringend vonnöten. Die Ausbildung ist nach Fächern strukturiert, was nicht mehr dem neuesten Stand der Pädagogik entspricht. Stattdessen wäre eine Strukturierung anhand von Modulen und Lernfeldern zeitgemäß. Zudem fehlt eine verbindliche Vorgabe für die Qualifikation der Lehrkräfte.

In anderen Ausbildungsberufen ist eine akademische Qualifikation Voraussetzung. Dieser Standard wird in der Arbeitsgruppe auch für die Masseur-Ausbildung gefordert. Womöglich könnten durch diese Novellierungen sowohl die Qualität als auch die Attraktivität der Ausbildung gesteigert werden. Die gesetzlichen Rahmenbestimmungen müssten in Abstimmung mit der Physiotherapie überarbeitet werden. Dies liegt allerdings in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Das Land Rheinland-Pfalz hat keinen direkten Einfluss auf eine Novellierung. Es könnte allerdings einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringen, mit dem das BMG aufgefordert wird, die gesetzlichen Rahmenbestimmungen für Masseur/innen und Physiotherapeuten/innen zu novellieren.

### 3.5.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen

Masseure/innen und medizinische Bademeister/innen sind nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder vor allem im Reha-Bereich und in Kurkliniken beschäftigt. Selbständige gibt es zwar auch, ihre Zahl sinkt jedoch stetig. Massage als Heilmittel wird seltener verordnet, der Heilmittelkatalog ist eher physiotherapeutisch ausgerichtet. „Aktive“ Behandlungen (Bewegung) werden stärker propagiert als „passive“ Maßnahmen wie Massagen. Dennoch sind Masseure/innen auch in physiotherapeutischen Praxen beschäftigt. Im Akutkrankenhaus arbeiten dagegen praktisch keine Masseure/innen mehr, da die Liegezeiten dort nicht mehr lang genug sind.

Betrachtet man die **Arbeitsbedingungen**, liegt für Außenstehende die Vorstellung nahe, den Masseur-Beruf als körperlich sehr belastenden Beruf anzusehen. In der Arbeitsgruppe wurde dieses Bild in Teilen revidiert: Zwar ist das Massieren eine körperlich anstrengende Tätigkeit, bei der die Finger- und Handgelenke belastet werden, und es handelt sich um eine Tätigkeit, die im Stehen durchgeführt wird. Masseure/innen haben allerdings ein breites, abwechslungsreiches Tätigkeitsspektrum, welches weit über das Massieren hinausgeht. Die Arbeit ist nicht eintönig. Masseure/innen sind auch für Therapieformen wie Bewegungs-, Elektro-, Hydrotherapie oder strahlentherapeutische Behandlungsformen verantwortlich. Durch den Abwechslungsreichtum halten sich körperliche Belastungen in Grenzen, und aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder kann der Beruf bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausgeübt werden.

Die Arbeitszeiten sind geregelt, Schichtdienst ist eher selten. Auch die Zusammenarbeit im Team funktioniert in der Regel gut, sie ist nicht prinzipiell konfliktbehaftet. Probleme im Zusammenhang mit den Führungskräften wurden ebenfalls nicht beschrieben.<sup>21</sup> Zudem gibt es Karrieremöglichkeiten für Masseure/innen: Zum einen bietet der Wellness-Bereich Beschäftigungsmöglichkeiten mit zum Teil höheren Verdienstmöglichkeiten als in den klassischen Einsatzfeldern. Zum anderen können Masseure/innen den Zertifikatskurs Manuelle Lymphdrainage absolvieren und dann entsprechende Heilmittel mit den Krankenkassen abrechnen, und sie haben die Möglichkeit, sich verkürzt zum/r Physiotherapeut/in weiter zu qualifizieren. Insofern bietet der Masseur-Beruf Personen mit einem Hauptschulabschluss die Möglichkeit eines Bildungsaufstiegs. Zehn der elf Masseur-Schulen in Rheinland-Pfalz haben Anfang des Jahres 2012 die verkürzte Ausbildung zum/r Physiotherapeut/in angeboten.

Ein belastender Aspekt der Beschäftigungsbedingungen ist die zum Teil ausgeprägte **psychische Belastung**. Masseure/innen und medizinische Bademeister/innen, die im Reha-Bereich tätig sind, behandeln häufig Frauen, die an einer Krebserkrankung leiden (z.B.

---

<sup>21</sup> Führungskräfte für Masseure/innen und medizinische Bademeister/innen in Rehabilitationseinrichtungen sind in der Regel Physiotherapeuten/innen.

Brustkrebs oder Unterleibskrebs). Die Masseur/innen sind für die Durchführung der Manuellen Lymphdrainage bei diesen Patienten/innen zuständig. Aspekte der Bewältigung einer existenzgefährdenden Krebserkrankung spielen oftmals auch im Rahmen der Behandlungen durch die Masseur/innen eine Rolle. Wichtig ist es, eine gesunde Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden. Supervision und Teamgespräche können dabei hilfreich sein.

Wie in der Physiotherapie wird in der Arbeitsgruppe auch für Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen die **Entlohnung** als zu niedrig angesehen. Dies gilt sowohl für die Vergütung der Heilmittel, von der Selbständige und Angestellte in Praxen abhängig sind, als auch für die Entlohnung von Angestellten in Kliniken oder Reha-Zentren. Im Reha-Bereich werden Masseur/innen nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder in der Regel schlechter entlohnt als Physiotherapeuten/innen. Die Heilmittelvergütung wird zwar von den Verbänden der Heilmittelerbringer und den Krankenkassen auf Landesebene jährlich neu ausgehandelt, die Heilmittelverbände sehen sich jedoch in einer schwächeren Verhandlungsposition im Vergleich zu den Kostenträgern. Letztere argumentieren, dass die Steigerungsraten an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden sind, was mit dem Prinzip der Beitragsatzstabilität gemäß SGB V begründet wird (siehe auch Kapitel 3.6.1).

Hinzu kommt noch der **bürokratische Aufwand** in den Massage-Praxen durch fehlerhaft ausgestellte ärztliche Heilmittelverordnungen. Die Praxisinhaber/innen sind verpflichtet, die Verordnungen zu prüfen, ansonsten ist eine Abrechnung mit dem jeweiligen Kostenträger nicht möglich. Der damit einher gehende Mehraufwand wird nicht vergütet, schränkt aber Verdienstmöglichkeiten weiter ein. In der Arbeitsgruppe wird es als ungerecht empfunden, dass die Heilmittelerbringer anstatt die verordnenden Ärzte/innen für die Fehlerfreiheit der Verordnungen verantwortlich sind. Über geeignete Software-Lösungen in den Arztpraxen könnten Fehler vermieden und der Verwaltungs- und Arbeitsaufwand in den Massage-Praxen reduziert werden.

#### **3.5.4 Aktivierung externer Potentiale**

Über externe Potentiale, das heißt Personen, die dem rheinland-pfälzischen Arbeitsmarkt bislang noch nicht als Masseur/innen zur Verfügung stehen, lässt sich ein Teil des Personalbedarfs decken. Allerdings ist weniger an die Aktivierung der Stillen Reserve oder die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland als mehr an die Ausschöpfung des Potentials an Umschüler/innen zu denken. Aufgrund der eher schlechten Verdienstmöglichkeiten und möglicherweise auch Vereinbarkeitsproblemen, steigen (weibliche) Berufsangehörige nach einer Familienpause mitunter nicht wieder in den Beruf ein. Eine höhere Entlohnung und flexible Kinderbetreuungsangebote könnten womöglich zu einer Aktivierung dieser sogenann-

ten **Stillen Reserve** beitragen. Unter den aktuellen Bedingungen gehen die Arbeitsgruppenmitglieder aber eher davon aus, dass sich diese Personen einen anderen Tätigkeitsbereich suchen und nicht wieder für den Masseur-Beruf gewonnen werden können. Auch über die **Anwerbung** von Fachkräften aus dem Ausland können kaum Fachkräfte akquiriert werden. Laut Angaben der für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse zuständigen rheinland-pfälzischen Behörde (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung) haben zwischen Januar 2012 und November 2013 lediglich neun Personen einen Antrag auf Anerkennung als Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in gestellt. Problematisch dürften die unterschiedlichen Ausbildungsstandards innerhalb sowie außerhalb der EU sein. In Polen oder der Türkei reicht beispielsweise eine dreimonatige Ausbildung aus, um den Berufstitel führen zu dürfen. Entsprechend wird die Anwerbung von Masseuren/innen in der Arbeitsgruppe nicht als relevantes Handlungsfeld angesehen.

Wesentlich erfolgversprechender als die Aktivierung der Stillen Reserve und die Anwerbung von Fachkräften ist aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder die Gewinnung von Quereinsteiger/innen, die eine **Umschulung** zum/r Masseur/in und medizinischen Bademeister/in absolvieren können. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen – anders als in den anderen therapeutischen Gesundheitsfachberufen – eine Verkürzung der Ausbildungsdauer und eine Förderung während der Ausbildung zu. Die Finanzierung des letzten Ausbildungsdrittels ist gewährleistet, da die Auszubildenden in dieser Zeit ein Praktikum absolvieren und dafür eine Vergütung erhalten. Die Agenturen für Arbeit, die gemeinsamen Einrichtungen nach SGB II und die zugelassenen kommunalen Träger nach SGB II können die Ausbildung damit als Umschulungsmaßnahme fördern. Auch wenn nicht unbedingt viele Personen über diesen Weg gewonnen werden können, sollten entsprechende Potentiale ausgeschöpft werden. Das Interesse an diversen, nicht regulierten Fortbildungsangeboten im Bereich Wellness verdeutlicht, dass es nicht wenige Personen gibt, die den Quereinstieg in diesen Bereich des Gesundheitswesens suchen. Möglicherweise könnten diese Personen für die Ausbildung in einem bundesweit geregelten Gesundheitsfachberuf gewonnen werden.

### **3.5.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

In den vorangegangenen Kapiteln sind eine Reihe von Ansätzen zur Fachkräftesicherung genannt worden. Diese sind im Folgenden noch einmal überblicksartig zusammengefasst. Die Liste kann für die weiteren Aktivitäten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“ als Orientierung dienen, auch wenn sie womöglich noch vervollständigt werden könnte. Zu beachten ist, dass die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews durchaus regional gefärbt sein können. In anderen Bundesländern können andere Handlungserfordernisse prioritär sein. Zudem können natür-

lich nicht sämtliche Ansätze im Rahmen einer rheinland-pfälzischen Arbeitsgruppe bearbeitet werden.

- Aufwertung des Berufs
  - Perspektiven für die Position und die Aufgabenbereiche von Masseurinnen/innen im Gesundheitswesen entwickeln
- Gewinnung von Auszubildenden
  - Anbieten Schulgeld-freier Ausbildungsplätze
  - Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung der Ausbildung und des Berufs
  - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren und eine hohe Qualität zu sichern
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - Anbieten von Supervision u. ä., um psychische Belastungen abzufedern
  - höhere Vergütung für Heilmittel
  - höhere Gehälter für Beschäftigte
- Aktivierung externer Potentiale
  - Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote, um die Stille Reserve zu aktivieren
  - Gewinnung von Quereinsteigerinnen/innen für geförderte Umschulungsmaßnahmen

### **3.6 Physiotherapeuten/innen**

In der Physiotherapie ist durch die Alterung der Bevölkerung von einem steigenden Fachkräftebedarf auszugehen. Da das Angebot voraussichtlich nicht in gleichem Maße steigen wird, geht das „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ schon für das Jahr 2020 von einer Lücke von 360 fehlenden Fachkräften aus. In den Folgejahren dürfte ein größerer Teil der derzeit noch tätigen Physiotherapeuten/innen in Rente gehen, sodass der Engpass noch größer wird. Im Jahr 2025 könnten dann 1.444 Personen fehlen.

In der Arbeitsgruppe wurden vor allem zwei Hürden identifiziert, die einer Fachkräftesicherung im Weg stehen: Die Beschäftigungsbedingungen sind verbesserungsbedürftig; insbesondere die Vergütung der Heilmittel durch die Krankenkassen wird als zu niedrig angesehen. Dies hat unter anderem zur Folge, dass viele Praxen die Kosten für die Weiterqualifizierung ihrer Mitarbeiter/innen nicht übernehmen können. Zusammen mit einer hohen Arbeitsverdichtung und Zeitdruck führen die geringen Verdienstmöglichkeiten dazu, dass Physiotherapeuten/innen das Berufsfeld verlassen. Eine zweite Hürde ist die Gewinnung von Auszu-

bildenden vor dem Hintergrund, dass an der Mehrheit der Schulen im Bundesland Schulgeld zu zahlen ist. Weitere, nachgeordnete Handlungsfelder sind die Aufwertung des Berufes und die Aktivierung externer Potentiale.

### **3.6.1 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen**

Aufgrund des rückläufigen Erwerbspersonenpotentials in den kommenden Jahren ist es wichtig, das innerbetriebliche Geschehen so zu verändern, dass Beschäftigte länger im Beruf (bzw. im Betrieb) verbleiben können, dass Unterbrechungszeiten im Erwerbsverlauf verkürzt werden und dass höhere Wochenarbeitszeiten möglich sind. Dadurch kann ein wichtiger Beitrag zur Fachkräftesicherung geleistet werden. In der Physiotherapie gibt es großen Handlungsbedarf, wie die Diskussion in der Arbeitsgruppe verdeutlicht hat.

Die überwiegende Mehrzahl der Physiotherapeuten/innen ist im ambulanten Bereich tätig, entweder als Mitarbeiter/in einer Heilberufspraxis oder als Inhaber/in derselben. Der größte Teil der übrigen Physiotherapeuten/innen sind in Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken tätig. Besonders beliebt sind die Bereiche Orthopädie und Sportmedizin. Betrachtet man die Beschäftigungsbedingungen, lässt sich also zwischen der Arbeit in Praxen und der Arbeit in Kliniken unterscheiden.

In den Praxen sorgt die **Vergütung** der Heilmittel, die einmal jährlich auf Landesebene zwischen den Verbänden der Heilmittelerbringer und den Krankenkassen als Kostenträger ausgehandelt wird, für Unzufriedenheit. Die Vergütung wird von den berufsständischen Mitgliedern der Arbeitsgruppe als zu niedrig angesehen, Vergütungssteigerungen fallen zu gering aus.<sup>22</sup> Die Kostenträger argumentieren mit dem Prinzip der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung, welches durch mögliche erhöhte Vergütungen physiotherapeutischer Maßnahmen gefährdet sein könnte. Nach §71 Abs. 1-3 SGB V müssen die Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung so ausgestaltet sein, dass keine Erhöhungen der Beitragssätze notwendig werden. Als Richtgröße im Aushandlungsprozess dient die Entwicklung der Grundlohnsumme, d.h. die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung. Mit dem dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (3. AMG-Novelle) wurde im Jahr 2013 vom Bundestag beschlossen, dass die Ergebnisse der Vergütungsvereinbarungen den Aufsichtsbehörden nicht mehr zur Prüfung vorgelegt werden müssen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Kopplung der Vergütungssteigerung an die Grundlohnsummenentwicklung aufgehoben ist. Die Berufsverbände werden dazu weitere Diskurse mit der Bundespolitik führen.

---

<sup>22</sup> Für eine reguläre krankengymnastische Behandlung können ca. 15 Euro abgerechnet werden, für eine spezialisierte Bobath-Therapie ca. 21 Euro.

Von der Heilmittelvergütung sind nicht nur die Verdienste der Praxisinhaber/innen abhängig, sondern auch die **Gehälter** der Beschäftigten. Eine Steigerung des Verdienstes im Erwerbsverlauf ist nicht unbedingt möglich, und betriebliche Altersvorsorge wird selten angeboten. Auch die Übernahme der Kosten für die in der Physiotherapie notwendige Weiterqualifizierung im Rahmen von Zertifikatskursen durch den Arbeitgeber ist meist nicht möglich.<sup>23</sup> Die Aufnahme eines zusätzlichen geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses, um den Verdienst aufzubessern, ist nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder wohl keine Seltenheit. Im Klinikbereich ist die Unterstützung für Weiterbildungsaktivitäten eher gegeben. Zudem ist die Entlohnung dort wohl höher als in den Praxen.

Unterschiede zwischen dem ambulanten und dem stationären Tätigkeitsbereich ergeben sich auch, was die Patientenstruktur betrifft. Vor allem in Akutkrankenhäusern sind die Behandlungszeiten aufgrund der gesunkenen Verweildauer kurz, man behandelt eine eher homogene Klientel und sieht oftmals wenig Fortschritte in der Genesung. Die Patienten/innen in den Praxen haben dagegen unterschiedliche Erkrankungen (orthopädische, neurologische usw.), stellen eine heterogene Gruppe dar. Darüber hinaus sind sie wesentlich belastbarer und beweglicher als die Patienten/innen im Krankenhaus. Das Therapiespektrum in den Praxen ist damit größer. Diese Unterschiedlichkeit der Arbeitsfelder lässt Entwicklungsmöglichkeiten in die Breite zu. Es handelt sich allerdings eher um Spezialisierungen als um einen (hierarchischen) Aufstieg.

Negativ auf die Arbeitszufriedenheit wirkt aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder der hohe **bürokratische Aufwand** in den Praxen. Insbesondere die Rezeptprüfpflicht wird kritisch gesehen. Da diese innerhalb der regulären Behandlungszeit erfolgen soll, sind die Praxisinhaber/innen darauf angewiesen, dass die ärztlichen Verordnungen korrekt ausgefüllt sind. Ansonsten haben sie einen Mehraufwand an Arbeit, der die Verdienstmöglichkeiten weiter einschränkt. Eine Vielzahl der Verordnungen ist nach Erfahrung der beteiligten Experten/innen fehlerhaft. Dies führt dazu, dass entweder Patienten/innen zurück in die ärztliche Praxis geschickt werden müssen, um fehlerhafte Rezepte ändern zu lassen oder dass dies ein/e Mitarbeiter/in der Praxis übernimmt. Eine Pauschale für einen solchen Verwaltungsmehraufwand kann nicht abgerechnet werden. Der bürokratische Aufwand wird noch dadurch gesteigert, dass die Patienten/innen einen Eigenanteil an den Heilmitteln beisteuern müssen und die Praxisinhaber/innen verpflichtet sind, diesen abzurechnen. Durch den Abbau von Bürokratie würde die Arbeitszufriedenheit gesteigert und den Praxen ein wirtschaftlicheres Arbeiten erlaubt. Ansetzen könnte man bei den Arztpraxen, bspw. mittels einer zertifizierten Software, die die Ausgabe fehlerhafter Verordnungen verhindert. Die technische

---

<sup>23</sup> Um physiotherapeutische Leistungen wie Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage oder PNF (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) durchführen und mit den Kostenträgern abrechnen zu können, müssen Physiotherapeuten/innen ein entsprechendes Zertifikat vorweisen können.

Umsetzung erscheint problemlos, allerdings fehlt eine rechtliche Grundlage, mit der die Arztpraxen anstatt der therapeutischen Praxen verpflichtet werden, die Verordnungen zu prüfen. Perspektivisch könnte möglicherweise auch eine elektronische Patientenakte zum Abbau des hohen Verwaltungsaufwandes beitragen.

Im stationären Bereich ist der bürokratische Aufwand für Physiotherapeuten/innen geringer. Unterschiede zwischen der Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich ergeben sich auch hinsichtlich der **Arbeitsorganisation und Arbeitszeiten**. In den Kliniken sind die Arbeitszeiten geregelter, Kernarbeitszeit ist zwischen 8 Uhr und 17 Uhr. Im Schichtdienst wird in der Regel nicht gearbeitet, je nach Bereich sind allerdings Wochenenddienste nicht unüblich. Man arbeitet einen Plan ab, wobei die Zeitvorgaben hier weniger eng sind als in den Praxen. Die Arbeit in einer Praxis ist von einem starken Zeitdruck und von Arbeitsverdichtung geprägt, was wiederum mit der engeren Gewinnspanne zusammenhängt. Eine hohe Autonomie in der Gestaltung der therapeutischen Maßnahmen ist in beiden Settings gegeben; in den Praxen sind allerdings die Art und Häufigkeit der therapeutischen Maßnahmen ärztlich verordnet.

Auch die Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen wurde in der Arbeitsgruppe nicht als generell konfliktbehaftet beschrieben. Zudem sind flexible Arbeitszeitmodelle meist gut möglich. Dadurch, dass der spätere Nachmittag eine Kernzeit in den Praxen ist, in der viele (berufstätige) Patienten/innen behandelt werden möchten, ist auch eine Beschäftigung in den Abendstunden möglich. Die Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder zeigt jedoch, dass es schwierig ist, Personal für diese Zeiten zu finden. Die Öffnungszeiten der Kindertagesstätten werden als zu begrenzt angesehen, Randzeiten sind kaum abgedeckt. Für den stationären Bereich wird in der Arbeitsgruppe auf das Fehlen von Betriebs-Kitas hingewiesen. Vermutlich könnte der wöchentliche Arbeitszeitumfang durchaus gesteigert werden, wenn ausreichend flexible Kinderbetreuungsangebote existieren würden. Viele Physiotherapeuten/innen sind in Teilzeit beschäftigt, um Vereinbarkeitsprobleme zu lösen. Die Entscheidung für eine Teilzeitbeschäftigung wird also ganz bewusst getroffen.

Wenn es um die Gestaltung der Arbeitsbedingungen vor Ort geht, geraten auch die Praxisinhaber/innen als Führungskräfte in den Fokus. Diese brauchen **Führungs- und Managementkompetenzen**, die im Rahmen der Ausbildung kaum vermittelt werden, obwohl es die Möglichkeit gibt, gleich nach der Ausbildung eine eigene Praxis zu eröffnen. Solche Kompetenzen haben wesentlichen Einfluss auf die Bindung der Mitarbeiter/innen. Weiterführende Studienangebote sowie Fortbildungsangebote der Berufsverbände decken solche Inhalte ab und können von Praxisinhaber/innen zur „Nachqualifizierung“ genutzt werden. Zudem sollten die Ergebnisse des Projekts „Führung lernen in Pflegeeinrichtungen und Praxen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe“, bei dem die Inhaber/innen physiotherapeutischer Praxen in

einen angeleiteten kollegialen Austausch gebracht wurden und dadurch ihre Führungskompetenzen weiterentwickeln konnten, breit gestreut werden.<sup>24</sup> Da die Physiotherapie ein körperlich fordernder Beruf ist und mitunter auch die psychische Belastung recht hoch ist, ist **betriebliche Gesundheitsförderung** wichtig. Größere Kliniken haben hier mehr Möglichkeiten, Aktivitäten zur Gesunderhaltung ihrer Beschäftigten zu implementieren als die kleinen Praxen, in denen dem Thema aus Gründen des Zeitdrucks oftmals nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Es gibt Förder- und Zuschussmöglichkeiten, die von den Berufsverbänden beworben und genutzt werden sollten. Unterstützungsprogramme werden bspw. von den Krankenkassen angeboten. Unklar ist den beteiligten Experten/innen allerdings, welche Ansätze im Sinne von Good-Practice in Praxen umsetzbar sind. Eine Idee aus der Arbeitsgruppe ist, den Mitarbeiter/innen Freiräume für Büroarbeiten einzuräumen. Sie haben dann ein Zeitfenster, in dem sie den notwendigen Verwaltungsaufgaben nachkommen können, ohne dass dadurch der Zeitdruck noch größer wird.

Für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Physiotherapeuten/innen bietet sich die Beschränkung auf weniger körperlich fordernde Tätigkeitsfelder an. Allerdings geht ein Wechsel des Arbeitsbereiches oftmals damit einher, dass eine neue Qualifikation erworben werden muss. Einen Zertifikatskurs zu absolvieren, stellt – wie oben dargestellt – auch eine finanzielle Hürde dar. Darüber hinaus ist es je nach geografischer Lage leichter oder schwieriger, einen altersgerechten Arbeitsplatz zu finden. Im städtischen Raum fällt dies mitunter leichter, da es hier auch eher spezialisierte Praxen gibt. Auf dem Land müssen Praxen dagegen ein breites Behandlungsspektrum anbieten. Insofern erscheint eine längerfristige Karriereplanung, die gut im Rahmen von Personalentwicklungsgesprächen forciert werden kann, sinnvoll.

### **3.6.2 Gewinnung von Auszubildenden**

Barrieren, die einer Sicherung des Fachkräftebedarfs im Weg stehen, gibt es auch im Ausbildungsbereich. Derzeit wird die Physiotherapie-Ausbildung in Rheinland-Pfalz an 19 Schulen angeboten.<sup>25</sup> Laut Schulstatistik des Statistischen Landesamtes befinden sich im Schuljahr 2013/2014 knapp 1.600 Personen in der Ausbildung. Im „Gutachten Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe“ wurde vorausberechnet, dass mit jährlich gut 1.600 besetzten Aus-

---

<sup>24</sup> Das Projekt ist zwischen November 2011 und Juli 2013 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie durchgeführt worden. Für weitere Informationen zum Projekt siehe: <http://iwak-frankfurt.de/projansprech/Fuehrung.html>

<sup>25</sup> Siehe [https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien\\_oeffentlich/Beruf\\_und\\_Bildung/Ausbildung/SCHULLISTE\\_2014\\_web.pdf](https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Ausbildung/SCHULLISTE_2014_web.pdf) (Stand: Januar 2014)

bildungsplätzen ein großer Teil des Fachkräftebedarfs bis zum Jahr 2020 gedeckt werden kann. Diese Zielmarke wird im aktuellen Schuljahr fast erreicht. In der Arbeitsgruppe wird die Physiotherapie als für junge Menschen attraktiver Beruf angesehen. Die Gewinnung von Auszubildenden bereitet derzeit noch keine allzu großen Schwierigkeiten, die Bewerberlage ist zumindest quantitativ gut. In den kommenden Jahren wird allerdings die Zahl der Abgänger/innen an allgemeinbildenden Schulen sinken. Der Pool, aus dem Auszubildende rekrutiert werden können, wird also kleiner. Mehrere Aspekte werden die Akquise erschweren; diese werden im Folgenden beschrieben.

Eine hohe Hürde stellt das **Schulgeld** dar, das die Auszubildenden an den meisten rheinland-pfälzischen Schulen zu entrichten haben. Im Jahr 2013 haben sich 18 der 19 Ausbildungsstätten über ein Schulgeld finanziert, das im Durchschnitt 350 Euro pro Monat beträgt. Hinzu kommen mitunter noch Materialkosten sowie Prüfungs- oder Bearbeitungsgebühren. Kosten von deutlich mehr als 10.000 Euro für die Ausbildung sind die Folge. Dass es keine rechtliche Grundlage für die Zahlung einer Ausbildungsvergütung gibt, erscheint vor dem Hintergrund solch hoher Ausbildungskosten als nachrangiges Problem. Da gut die Hälfte der Auszubildenden über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen, konkurrieren die Schulen mit „kostenlosen“ Studienangeboten. Das Land Rheinland-Pfalz versucht derzeit, die Grundlagen dafür zu schaffen, dass der Anteil der kostenfreien Ausbildungsplätze steigt.

Im Zuge der Erstellung eines neuen Ausbildungsstättenplans ist der Rahmen für bis zu 773 kostenfreie Ausbildungsplätze geschaffen worden. Laut § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) können die Ausbildungskosten gemäß § 17a KHG über Ausbildungszuschläge finanziert werden, sofern ein Krankenhaus Träger oder Mitträger der Schule ist. Dies trifft auf sieben der 19 Physiotherapie-Schulen in Rheinland-Pfalz zu. Diese wurden in den Ausbildungsstättenplan aufgenommen und damit eine Rechtsgrundlage geschaffen, um in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern ein Ausbildungsbudget für die Physiotherapie aushandeln zu können. Vermutlich werden über Marktmechanismen weitere Schulgeldfreie Ausbildungsangebote entstehen. Eine generelle Schulgeldfreiheit lässt sich allerdings nicht top-down verordnen, da sich nicht alle Schulen in staatlicher Trägerschaft befinden.

Als ausbaufähig wird von den beteiligten Experten/innen die **Öffentlichkeitsarbeit** sowohl der Schulen als auch der Berufsverbände gesehen. Die Schulen stehen in der Regel in Kontakt vor allem mit allgemeinbildenden Schulen. Auch die Teilnahme an Messen oder Berufsinformationsveranstaltungen ist üblich. Womöglich könnten die Internetauftritte der Schulen verbessert werden, um die junge Menschen noch zielgerichteter anzusprechen. Verwirrend dargestellt sind mitunter wohl die unterschiedlichen Qualifizierungswege in der Physiotherapie. Neben den Schulen können auch die Berufsverbände stärker als bislang zur Gewinnung von Auszubildenden beitragen. Die Verbände könnten aus Sicht eines Arbeits-

gruppenmitglieds „weniger sich selbst als mehr den Beruf“ bewerben. Imagebildende Maßnahmen wie eine breit angelegte Kampagne oder eine Imagekampagne gezielt für allgemeinbildende Schulen, um ein Bild des Berufes in den Köpfen des potentiellen Nachwuchses zu verankern, werden in der Gruppendiskussion vorgeschlagen. Zudem werden in Zukunft möglicherweise mehr Physiotherapeuten/innen im Rahmen von BGM-Maßnahmen in Betriebe gehen und damit indirekt über den Beruf informieren. Das Anbieten von Schulpraktika in Praxen wird als sinnvoll angesehen, ist aber für die Inhaber/innen mit recht hohem Aufwand verbunden. Tageweise Praktika oder Schnuppertage sind eher möglich als beispielsweise zweiwöchige Praktika. Kritisch wird gesehen, dass andere Branchen über weitaus mehr Mittel verfügen, um sich in der Öffentlichkeit darzustellen und für Ausbildungsberufe zu werben.

Kritisch zu prüfen sind aus Sicht der berufsständischen Vertreter/innen in der Arbeitsgruppe die Informationsmaterialien, die die Agenturen für Arbeit im Rahmen der **Berufsorientierung** einsetzen. Die Berufsverbände waren zwar zum Teil an der Erstellung der Materialien beteiligt, dennoch erscheinen die Inhalte zum Teil nicht realitätsgetreu, beispielsweise was den durchschnittlichen Verdienst von Physiotherapeuten/innen angeht. Die angegebene tarifliche Entlohnung betrifft nur einen kleinen Teil der Beschäftigten, die Verdienstmöglichkeiten werden dadurch überzeichnet. Im weiteren Projektverlauf könnten die Materialien genauer analysiert und Vorschläge für die Überarbeitung gesammelt werden.

Eine weitere Schwierigkeit im Kontext der Ausbildung ist das Absolvieren von **Praktika** in physiotherapeutischen Praxen ab dem zweiten Ausbildungsjahr. Da die meisten Physiotherapeuten/innen im ambulanten Bereich tätig sind, ist unmittelbar einleuchtend, warum es wichtig ist, dass die Auszubildenden dieses Setting kennenlernen. Da die Praxisanleitung jedoch nicht vergütet wird, geht die Betreuung von Praktikanten/innen mit einem Verdienstaufschlag für den/die Praxisinhaber/in einher. Zwar können die Auszubildenden bedingt unterstützend tätig werden, allerdings nur unter Anwesenheit des/r Praxisinhabers/in. In der Therapie müssen ein roter Faden entwickelt, Ziele festgelegt, Vor- und Nachbesprechungen durchgeführt und dokumentiert werden. All dies dauert wesentlich länger, wenn dabei ein/e Praktikant/in zu betreuen ist. Würden die Schulen wenigstens einen geringen Obolus entrichten, könnte das als Anreiz wirken, Praxisinhaber/innen zum Anbieten von Praktikumsplätzen zu bewegen.

Bezüglich der **gesetzlichen Rahmenbestimmungen** der Ausbildung besteht aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder Handlungsbedarf in mehreren Feldern. Nicht geregelt ist derzeit die Qualifikation der Lehrkräfte in der Physiotherapie-Ausbildung. Ziel sollte eine Akademisierung der Lehrkräfte sein. Dies würde sich positiv auf die Qualität des Unterrichts auswirken, den Beruf aufwerten und bestehende, nicht nachvollziehbare Ungleichheiten im Vergleich mit anderen Berufsausbildungen beheben. Notwendig ist dafür eine Änderung des Gesetzes

über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG). Zudem fehlt es an der Verankerung moderner pädagogischer Konzepte (Stichwort: Lernfeldorientierung versus Fächerorientierung) in Berufsgesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). Auch ein bundesweit einheitliches Curriculum fehlt. In anderen EU-Staaten gibt es nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder gute Konzepte, die als Vorlage dienen könnten. Zudem ist in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ein Dachverband der Lehrkräfte gegründet worden, der Vorarbeiten für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung leistet. Verantwortlich für die Novellierung von Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Land Rheinland-Pfalz hat keinen direkten Einfluss. Es kann lediglich einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringen, mit der das BMG gebeten wird, Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu novellieren.

Geht es um die Weiterentwicklung des Ausbildungsbereichs in der Physiotherapie, wird von den berufsständischen Vertreter/innen eine (grundständige) **Akademisierung** der Ausbildung propagiert. Ziel ist eine Angleichung an internationale Standards; dort ist die Physiotherapie-Ausbildung in der Regel im tertiären Sektor angesiedelt. Durch eine Akademisierung würden die vorhandenen fachlichen Kompetenzen um die Kompetenzen wissenschaftlichen Denkens und Arbeitens erweitert werden. Dies kann sich positiv auf die Versorgungsqualität auswirken. Einsatzfelder für akademisch qualifizierte Physiotherapeuten/innen liegen nicht nur im Bereich von Forschung und Lehre, sondern auch in der klinischen Praxis. Der Akademisierungsdiskurs ist allerdings in der Arbeitsgruppe nicht vertieft geführt worden. Er bedarf einer Vertiefung unter Beteiligung der Arbeitgebervertreter.

### **3.6.3 Aufwertung des Berufs durch mehr Therapiefreiheit**

Um den Berufsstand der Physiotherapeuten/innen aufzuwerten streben die Berufsverbände einen sogenannten **Direktzugang** (Direct Access oder Erstkontakt) an. Wie beispielsweise in den Niederlanden soll den Patienten/innen ermöglicht werden, bei Beschwerden an Skelett oder Muskulatur eine physiotherapeutische Praxis aufzusuchen, ohne vorher einen Arzt zu konsultieren. Die ärztliche Verordnung entfällt. Allerdings ist es aus Sicht der beteiligten Experten/innen schwierig, den Physiotherapeuten/innen das Recht der Erstbefundung zu übertragen. Zudem müssten die Therapeuten/innen Budgetverantwortung tragen, was im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden müsste. Möglicherweise könnte es Zwischenlösungen geben, die den Heilmittelerbringern unter bestimmten Voraussetzungen mehr Freiheit in der Wahl, Frequenz und Dauer der Therapie geben. Hierzu gibt es erste Modellversuche nach § 63, Abs. 3 SGB V. Verantwortlich für die Regelung ist der Gemeinsame Bundesausschuss; eigenständige Modellprojekte auf Ebene des Bundeslandes Rhein-

land-Pfalz sind nicht möglich. Die selbständige Ausübung von Heilkunde in bestimmten Bereichen könnte in ein neues Berufsgesetz aufgenommen werden. Die Vorerfahrungen mit der Übertragung von Heilkunde im Berufsfeld Pflege lassen allerdings vermuten, dass eine Umsetzung langwierig sein kann. Nichtsdestotrotz können alleine schon Modellprojekte und die begleitenden Studien dazu beitragen, die Wertigkeit physiotherapeutischer Leistungen in der (Fach-)Öffentlichkeit darzustellen und den Berufsstand dadurch aufzuwerten.

### **3.6.4 Aktivierung externer Potentiale**

Externe Potentiale können in geringem Maße zur Deckung des Fachkräftebedarfs in der Physiotherapie beitragen. Nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder existiert eine **Stille Reserve** aus Berufsangehörigen, die aufgrund familiärer Verpflichtungen oder aus gesundheitlichen Gründen aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind, die sich nicht anderweitig beruflich orientiert haben und auch nicht arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet sind. Die Stille Reserve taucht jedoch in keiner Statistik auf, die Größe der Gruppe ist nicht zu erfassen. In der Arbeitsgruppe werden zwei Gründe für einen dauerhaften Ausstieg aus dem Beruf angenommen, nämlich einerseits Arbeitszeiten, die nicht kompatibel mit familiären Pflichten sind und andererseits die schlechte Vergütung, die keinen Anreiz zum Wiedereinstieg darstellt. Fachwissen veraltet in der Physiotherapie nicht so schnell, als dass Angst vor einem Wiedereinstieg bestehen müssen. Zudem werden seitens der Berufsverbände Wiedereinstiegskurse angeboten. Die Kosten dafür können von den Agenturen für Arbeit nach Prüfung im Einzelfall übernommen werden. Gerade für Berufsangehörige, die arbeitssuchend gemeldet sind, ist eine Förderung möglich. Fördermöglichkeiten kann es im Einzelfall sogar für Wiedereinsteiger/innen geben, die schon eine Arbeitsstelle gefunden haben, aber einer Auffrischungsqualifizierung bedürfen, sofern sie älter als 45 Jahre sind (siehe WeGeBau-Programm). In den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass die Fördermöglichkeiten zu wenig bekannt sind. Bei entsprechender Bewerbung und geeigneten Anreizen von Arbeitgebern ließen sich möglicherweise einige Fachkräfte aktivieren, die sich derzeit noch in der Stillen Reserve befinden.

Für Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen bietet sich die Möglichkeit einer **Aufstiegsqualifizierung** zum/r Physiotherapeuten/in. Die Ausbildung kann auf 18 Monate verkürzt werden. Die Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder zeigen, dass viele Masseur/innen diese Möglichkeit nutzen. Für andere Berufsgruppen erscheint es allerdings nicht sinnvoll, die Möglichkeit eines Quereinstiegs über eine verkürzte Ausbildung zu eröffnen. Neben der Aktivierung der Stillen Reserve und der Aufstiegsqualifizierung von Masseuren/innen können Fachkräfte aus dem Ausland zur Deckung des hiesigen Personalbedarfs beitragen. Die gezielte **Anwerbung** von Physiotherapeuten/innen wird in der Arbeitsgruppe

jedoch eher kritisch gesehen. Andere Maßnahmen dürften leichter umzusetzen sein und nachhaltiger wirken. Eine Statistik des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung, der in Rheinland-Pfalz zuständigen Behörde für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse, zeigen, dass zwischen Januar 2012 und November 2013 47 ausländische Physiotherapeuten/innen an einen Antrag auf Anerkennung ihres Abschlusses gestellt haben. Die beteiligten Experten/innen berichten von Kommunikationsproblemen mit Patienten/innen aufgrund der Sprachbarriere (trotz des notwendigen Nachweises von Deutschkenntnissen). Eine Betreuung der Migranten/innen mit „einfacheren“ Hilfstätigkeiten, solange bis sie ihre Sprachkenntnisse verbessert haben, erscheint in den Praxen nicht möglich. Wichtiger als Anwerbung wird in der Arbeitsgruppe angesehen, die Arbeitsbedingungen in der Physiotherapie zu verbessern und dadurch die Abwanderung von Fachkräften ins Ausland zu verhindern.

### **3.6.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

Die Ansätze zur Fachkräftesicherung in der Physiotherapie, die in den vorangegangenen Kapiteln zusammen mit den Problemlagen, die einer Deckung des Fachkräftebedarfs im Weg stehen, beschrieben wurden, werden im Folgenden noch einmal kurz überblicksartig zusammengefasst. Für die weiteren Arbeiten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ können die genannten Punkte als Orientierung dienen, auch wenn es sich nur um eine erste Bestandsaufnahme handelt. Nicht alle Ansätze können auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden, und teilweise sind die Ideen auch durch die „regionale Färbung“ der Arbeitsgruppe geprägt.

- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - höhere Vergütung für Heilmittel
  - höhere Gehälter für Beschäftigte
  - (anteilige) Finanzierung von Fortbildungen, insbesondere von Zertifikatskursen
  - Reduzieren des bürokratischen Aufwandes durch fehlerhafte ärztliche Verordnungen
  - Anbieten flexibler Arbeitszeitmodelle
  - Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote (auch in Randzeiten)
  - Verbesserung der Führungskultur durch Anbieten von Qualifizierungsangeboten für Praxisinhaber/innen
  - Aufarbeiten von Good-Practice-Ansätzen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Heilberufspraxen
- Gewinnung von Auszubildenden
  - Anbieten einer höheren Zahl Schulgeld-freier Ausbildungsplätze

- Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung der Ausbildung und des Berufs
- Kritische Prüfung und Überarbeitung der Informationsmaterialien, die von der Arbeitsverwaltung zur Berufsorientierung eingesetzt werden
- finanzielle Anreize für physiotherapeutische Praxen zur Betreuung von Praktikanten/innen
- Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren und eine hohe Qualität zu sichern
- Vertiefung des Akademisierungsdiskurses
- Aufwertung des Berufs
  - mehr Therapiefreiheit ermöglichen
- Aktivierung externer Potentiale
  - Informationen über die Förderung von Wiedereinstiegskursen streuen
  - Aufstiegsqualifizierung für Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen weiter bewerben

### **3.7 Podologen/innen**

In der Podologie ist laut den Vorausberechnungen im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“ mit einem – bezogen auf den kleinen Berufsstand – großen Fachkräfteengpass zu rechnen. Bis zum Jahr 2020 könnten 134, bis zum Jahr 2025 234 Fachkräfte fehlen, wenn nicht zeitnah Strategien und Maßnahmen zur Fachkräftesicherung umgesetzt werden. Allerdings gibt es in dem noch recht jungen Gesundheitsfachberuf nur wenige Ansatzpunkte, wie dieser Personalbedarf gedeckt werden kann.

Die Gewinnung von Auszubildenden ist das zentrale Handlungsfeld. Bisher handelt es sich bei den Auszubildenden zumeist um Frauen, die sich nach einer Erziehungszeit beruflich umorientieren. Versuche, auch andere Zielgruppen vermehrt anzusprechen, wird durch die Schulgeld-Problematik und den geringen Bekanntheitsgrad des Berufes erschwert. Mit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine höhere Vergütung podologischer Leistungen könnte die Arbeitszufriedenheit der meist selbständigen Podologen/innen gesteigert und ihr Verbleib im Beruf gesichert werden. Eine Erhöhung der Vollzeitquote kann aber vermutlich nicht erreicht werden, da die Entscheidung für eine Teilzeittätigkeit in der Regel aus Vereinbarkeitsgründen bewusst getroffen wird. Externe Potentiale sind in geringem Ausmaß vorhanden. Die grundsätzliche Möglichkeit für Angehörige anderer Gesundheitsberufe, eine verkürzte Ausbildung zum/r Podologen/in zu absolvieren, sollte stärker als bisher genutzt werden.

### **3.7.1 Gewinnung von Auszubildenden**

Ab dem Sommer 2014 wird es nur noch zwei Schulen in Rheinland-Pfalz geben, an denen Podologen/innen ausgebildet werden. Eine dritte Schule beendet ihr Ausbildungsangebot. Die Gewinnung von Auszubildenden stellt ein großes Problem dar. Die Bewerberzahlen sind niedrig, was zum einen mit der Schulgeldpflicht und zum anderen mit der geringen Bekanntheit und Attraktivität des Berufs zusammen hängt.

Die **Schulgeldpflicht** hängt mit dem rechtlichen Status der Podologie-Schulen in Rheinland-Pfalz zusammen. Mit Ausnahme der Altenpflegeschulen sind die Schulen für die Gesundheitsfachberufe hier nicht ins Schulgesetz aufgenommen (siehe § 6 Abs. 2 Schulgesetz (SchulG)), womit der Grundsatz der Schulgeldfreiheit nicht zum Tragen kommen kann. Für den größten Teil der Gesundheitsfachberufe können die Ausbildungskosten zwar von den Krankenkassen erstattet werden, sofern ein oder mehrere Krankenhäuser Träger der Ausbildungsstätte sind. In § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist festgelegt, für welche Ausbildungen dies gilt, die Podologie-Ausbildung zählt allerdings nicht dazu. Das Schulgeld, das die Auszubildenden in Rheinland-Pfalz monatlich zu entrichten haben, lag im Frühjahr 2012 bei knapp 400 Euro. Bisher sind die Auszubildenden in der Podologie vor allem Frauen, die sich nach der Familienphase beruflich neu orientieren und im häuslichen Umfeld bei flexibler Arbeitszeitgestaltung selbständig tätig sein wollen. Auch wenn das Schulgeld für diese Zielgruppe keine allzu hohe Hürde sein mag, könnten womöglich noch mehr Auszubildende gewonnen, wenn die Ausbildung kostenfrei wäre. Für jüngere Auszubildende, die materiell schlechter abgesichert sind, stellt das Schulgeld eine große Hürde dar. Aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder ist deshalb Schulgeldfreiheit anzustreben.

Um mehr Ausbildungsplätze zu besetzen, sollten junge Menschen stärker als Zielgruppe für die Podologie-Ausbildung in den Blick genommen werden. Nach Ansicht der beteiligten Experten/innen sollte die Ausbildung vermehrt als Erstausbildung absolviert werden. Gezielte **Öffentlichkeitsarbeit und Imagebildung** ist notwendig, um die Gewinnung jüngerer Auszubildender zu forcieren. Der Podologen-Beruf ist in der Öffentlichkeit kaum bekannt. Zudem gibt es nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder ein „ästhetisches Problem“ mit dem Fuß an sich: Gerade, wenn man an die Füße älterer Menschen denkt, die nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entsprechen, schreckt dies Jugendliche eher ab. Ein Arbeitsgruppenmitglied berichtet beispielhaft von ihren vergeblichen Bemühungen, Schulpraktikanten/innen in allgemeinbildenden Schulen zu gewinnen. Möglicherweise bedarf es einer gezielten Imagekampagne, getragen von den Berufsverbänden, mit der ein Image des Berufs als wichtiger Gesundheitsfachberuf in der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus kreiert wird. In diesem Zusammenhang könnten auch Informationsmaterialien für Mitarbeiter/innen der Arbeitsverwaltungen, vor allem für die Reha-Berater/innen, erstellt werden, um diese für

die Möglichkeiten einer Qualifizierung in der Podologie und die Zukunftsträchtigkeit des Berufs zu sensibilisieren. Sensibilisiert werden müssten darüber hinaus auch die Praxisinhaber/innen, da aus Sicht der Schulen zu wenige Praktikumsplätze angeboten werden. Die Betreuung von Auszubildenden ist aufwändig und wenig attraktiv, da die Praktika nicht vergütet werden. In dem noch jungen Gesundheitsfachberuf ist aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder eine Ausbildungskultur erst noch zu entwickeln. Hilfreich könnte es sein, den Praxisinhaber/innen gezielte Informationen zur Verfügung zu stellen, was im Rahmen der Praktika von ihnen erwartet wird.

Wichtig erscheint bei der Erstellung von Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit generell, die Abgrenzung zwischen Podologie und kosmetischer Fußpflege zu verdeutlichen. Die Arbeitsgruppenmitglieder sehen die Konkurrenz durch die nicht regulierten Fußpflegesschulen sehr kritisch. Diese Schulen fallen nicht unter das Schulgesetz, die Qualität der Ausbildungsangebote variiert recht stark. Für die Attraktivität der Podologie-Ausbildung wirkt das große und teils verwirrende Angebot verwandter Ausbildungsangebote negativ. Mittels einer offensiveren Öffentlichkeitsarbeit seitens der Berufsverbände und der Schulen könnte die Professionalität der Podologie im Vergleich zur kosmetischen Fußpflege dargestellt werden. Auch die Schulen sollten – idealerweise in Abstimmung mit den Berufsverbänden – prüfen, inwieweit sie ihre Akquiseaktivitäten ausweiten können. Zwar sind die Teilnahme an Berufsausbildungsmessen, die Veranstaltung von Berufsinformationstagen oder Inserate in Tageszeitungen üblich; Ideen, wie gezielt jüngere Menschen angesprochen werden können, müssen jedoch noch weiter entwickelt werden.

Im Zusammenhang mit der Gewinnung von Auszubildenden wurden in der Arbeitsgruppe auch die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** der Ausbildung angesprochen. Diese werden als novellierungsbedürftig angesehen. Gefordert wird, die Qualifikation der Lehrkräfte auf akademischem Niveau festzuschreiben, um Vergleichbarkeit zu anderen Berufsausbildungen herzustellen und eine hohe Qualität der Ausbildung zu gewährleisten. Darüber hinaus sind im Podologengesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wie in den anderen Gesundheitsfachberufen moderne pädagogische Konzepte wie beispielsweise die Strukturierung anhand von Lernfeldern noch nicht berücksichtigt. Anders als in der Physiotherapie fehlen für die Podologie allerdings auch konzeptionelle Grundlagen, an denen man sich bei der Novellierung orientieren könnte. Ohnehin kann eine Überarbeitung nicht auf Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz erfolgen, zuständig ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Land könnte indirekt wirken, indem es einen Beschlussvorschlag in die Gesundheitsministerkonferenz einbringt, mit der das BMG aufgefordert wird, Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu überarbeiten.

### **3.7.2 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen**

Podologen/innen sind in der Regel selbständig in der eigenen Praxis tätig. Die Beschäftigung im stationären Bereich ist nach Erfahrung der beteiligten Experten/innen eher selten. Psychische und physische Arbeitsbelastungen sind nicht außergewöhnlich stark ausgeprägt, und da sich die Praxen oft im häuslichen Bereich befinden, ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gut möglich. Die Arbeitszeiten können je nach Bedarf geplant werden. Vermutlich dürfte es deshalb wenig Erfolg versprechend sein, auf eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit, d.h. eine höhere Vollzeitquote anzustreben. Ebenso wenig Einfluss dürfte auf Unterbrechungen im Erwerbsverlauf zu nehmen sein. Berufswechsel kommen selten vor.

Als problematisch werden die **Vergütungsstrukturen** beschrieben. Podologie stellt ein Heilmittel dar, das ärztlich verordnet wird. Mit den Kostenträgern haben die Berufsverbände einen Vergütungssatz von derzeit knapp 28 Euro pro 40 Minuten Mindestbehandlungszeit vereinbart. Problematisch ist, dass nicht der ganze Prozess von der Annahme der Kunden/innen bis zur Verabschiedung mit Abrechnung und Dokumentation vergütet wird. Aus Sicht eines Arbeitsgruppenmitglieds ist eine „gute betriebswirtschaftliche Kalkulation“ notwendig, wenn man eine Praxis unter diesen Bedingungen wirtschaftlich erfolgreich halten will. Hinzu kommt, dass hohe Hygienestandards einzuhalten sind, was mit Aufwand und Kosten einhergeht. Viele Podologen/innen scheuen diesen Aufwand und bieten stattdessen lediglich kosmetische Fußpflege an. Sie verzichten auf den Status als Heilmittelerbringer und versorgen keine Diabetiker/innen, die medizinische Fußpflege benötigen. Die Kosten, die den Kunden/innen für kosmetische Fußpflege in Rechnung gestellt werden, entsprechen in etwa denen, die für ein Heilmittel abgerechnet werden, sodass der Verzicht auf den Status als Heilmittelerbringer nicht mit finanziellen Einbußen einhergeht. Die Berufsverbände sollten einerseits versuchen, höhere Vergütungssätze mit den Kostenträgern auszuhandeln. Andererseits können sie auf die Berufsangehörigen einwirken und die gesellschaftliche Relevanz des Status als Heilmittelerbringers, der zur Versorgung der Bevölkerung mit podologischen Leistung beiträgt, herausstellen.

### **3.7.3 Aktivierung externer Potentiale**

Externe Potentiale sind in der Podologie nur in geringem Maße vorhanden. Eine Stille Reserve, d.h. Fachkräfte, die aufgrund familiärer Verpflichtungen aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind, existiert in der Podologie nicht. Möglicherweise könnten Fachkräfte aus dem Ausland angeworben werden, wobei dazu in der Arbeitsgruppe kaum Hintergrundwissen vorhanden war. Zwischen Januar 2012 und November 2013 hatten jeweils ein/e Podologe/in aus den Niederlande bzw. den USA in Rheinland-Pfalz einen Antrag auf Anerkennung ihres Ausbildungsabschlusses gestellt. Nach Erfahrung eines Arbeitsgruppenmitglieds herrscht auch in anderen Ländern eine rege Nachfrage nach Podologen/innen. Zudem sind

die Arbeitsbedingungen dort attraktiver. Für eine Qualifizierung der Angehörigen verwandter Gesundheitsberufe zum/r Podologen/in werden allerdings größere Potentiale gesehen. Das Podologengesetz lässt eine Verkürzung der zweijährigen Ausbildungsdauer im Einzelfall zu. Pflegefachkräfte (Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen), die sich im Zuge der beruflichen Rehabilitation umorientieren, können eine solche verkürzte Ausbildung absolvieren. Würde es gelingen, mit einer homogenen Gruppe von Interessenten/innen einen eigenen Kurs zu bilden, dürfte in Abstimmung mit der zuständigen Behörde eine Verkürzung auf zwölf Monate möglich sein. Eine der beiden rheinland-pfälzischen Schulen führt derzeit Sondierungsgespräche mit den Rentenversicherungsträgern, um diesen Qualifizierungsweg modellhaft zu erproben. Derzeit ist die Schule mit dem Problem konfrontiert, dass es immer nur einzelne Personen sind, die Interesse zeigen.

#### **3.7.4 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung**

Im Folgenden werden die Ansätze zur Fachkräftesicherung für Podologen/innen, die in den vorangegangenen Kapiteln aufgeschienen sind, noch einmal knapp zusammengefasst. Die Liste kann als Grundlage für die weiteren Arbeiten der Arbeitsgruppe im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative“ dienen. Aufgrund des regionalen Bezugs der Arbeitsgruppe ist sie nicht unbedingt vollständig. Zudem können nicht alle Ansätze auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden. Folgende Handlungsfelder und dazu gehörige Maßnahmen wurden identifiziert:

- Gewinnung von Auszubildenden
  - Anbieten Schulgeld-freier Ausbildungsplätze
  - Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung der Ausbildung bei unterschiedlichen Zielgruppen
  - Image-bildende Maßnahmen
  - Hinwirken auf die Entwicklung einer Ausbildungskultur, um ausreichend Praktikumsmöglichkeiten anbieten zu können
  - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
  - höhere Vergütung für Heilmittel
  - Wichtigkeit des Status als Heilmittelerbringer in der Berufsgruppe herausstellen
- Aktivierung externer Potentiale
  - verkürzte Ausbildung für verwandte Gesundheitsberufe erproben

### 3.8 Fazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Therapeutischen Gesundheitsfachberufen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Barrieren bei der Fachkräftesicherung und erste Handlungsansätze für jeden der sieben Therapeutischen Gesundheitsfachberufe separat dargestellt. In diesem Kapitel folgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews für alle sieben Berufe gemeinsam. Dies ist sinnvoll, da es viele Gemeinsamkeiten, insbesondere zwischen den Heilmittelerbringern, gibt. Strukturiert wird das Kapitel wiederum durch die Problem- bzw. Handlungsfelder, die schon die zusammenfassenden Kapitel für die Einzelberufe untergliedert haben. Diese sind mitunter nicht ganz trennscharf und miteinander verflochten. Aktivitäten in einem Handlungsfeld beeinflussen andere Handlungsfelder. Die Felder sind die Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen, die Gewinnung von Auszubildenden bzw. die zukunftsfähige Ausgestaltung des Ausbildungsbereichs, die Aufwertung der Therapeutischen Gesundheitsfachberufe und die Aktivierung externer Potentiale. In Tabelle 2 ist überblicksartig dargestellt, welche Problem- bzw. Handlungsfelder in welchen Berufen die bedeutsamsten sind und welche eher nachrangige Bedeutung haben.

Tab. 2: Priorisierung der Problem- bzw. Handlungsfelder nach Berufen

Beruf	Bedeutsamkeit der Problem- bzw. Handlungsfelder
Diätassistenten/innen	1. Aufwertung 2. Ausbildung 3. Beschäftigungsbedingungen
Ergotherapeuten/innen	1. Beschäftigungsbedingungen 2. Ausbildung 3. Aufwertung 4. Externe Potentiale
Hebammen/Entbindungspfleger	1. Beschäftigungsbedingungen 2. Ausbildung
Logopäden/innen	1. Beschäftigungsbedingungen 2. Ausbildung 3. Aufwertung 4. Externe Potentiale
Masseure/innen und medizinische Bademeister/innen	1. Aufwertung 2. Ausbildung 3. Beschäftigungsbedingungen 4. Externe Potentiale
Physiotherapeuten/innen	1. Beschäftigungsbedingungen 2. Ausbildung 3. Aufwertung 4. Externe Potentiale
Podologen/innen	1. Ausbildung 2. Beschäftigungsbedingungen 3. Externe Potentiale

Quelle: eigene Darstellung

Die **Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen** spielt in allen sieben Berufen eine große Rolle. Für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, die meist als Heilmittelerbringer in kleinen Praxen tätig sind, und für die Hebammen stellt dies das wichtigste Problem- bzw. Handlungsfeld dar. Für die Heilmittelerbringer ist die Höhe der Heilmittelvergütung

für schlechte Arbeitsbedingungen mit hoher Arbeitsdichte, Zeitdruck und fehlenden Möglichkeiten, in die Weiterqualifizierung der Mitarbeiter/innen zu investieren, verantwortlich. Für die Implementierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung fehlen zeitliche Ressourcen. Hinzu kommt ein hoher Verwaltungsaufwand, u.a. durch fehlerhaft ausgestellte ärztliche Verordnungen, der nicht vergütet wird. Und nicht zuletzt werden die Beschäftigungsbedingungen dadurch negativ beeinflusst, dass den Praxisinhaber/innen Kompetenzen im Bereich der Personalführung fehlen. Auch für die Hebammen stellen die Beschäftigungsbedingungen das wichtigste Problem- und Handlungsfeld dar. Für freiberufliche Hebammen sind die stark angestiegenen Haftpflichtprämien das zentrale Problem. Die Arbeit im Krankenhaus ist von Arbeitsverdichtung durch eine knappe personelle Ausstattung, Belastungen durch den Schichtdienst und einer verbesserungsbedürftigen Führungskultur geprägt. Für Diätassistenten/innen, Podologen/innen und Masseur/innen und medizinische Bademeister/innen sind die Arbeitsbedingungen und hier vor allem die Vergütung ebenfalls verbesserungsbedürftig, allerdings stehen für diese Berufe andere Handlungsfelder im Vordergrund.

Die **Gewinnung von Auszubildenden** spielt eine große Rolle in der Physiotherapie, bei den Masseuren/innen und in der Podologie. Für Podologen/innen ist dies sogar das wichtigste Handlungsfeld, da der Fachkräftebedarf kaum über andere Strategien gedeckt werden kann. Wie auch bei den Masseuren/innen ist die Gewinnung von Auszubildenden dadurch erschwert, dass es keine Schulgeld-freien Ausbildungsangebote in Rheinland-Pfalz gibt. In der Podologie kommt hinzu, dass der noch junge Gesundheitsfachberuf praktisch unbekannt ist und die Vermarktung der Arbeit am Fuß bei jungen Menschen schwierig ist.

In den anderen therapeutischen Gesundheitsfachberufen bestehen weniger akute Probleme, Auszubildende zu gewinnen. Dort geht es eher darum, die derzeit hohen Ausbildungszahlen durch eine **zukunftsfähige Ausgestaltung der Ausbildung** auch zukünftig halten zu können. Aufgrund der demografischen Entwicklung dürfte die Zahl der jungen Menschen sinken. Damit wird der Pool kleiner, aus dem Auszubildende rekrutiert werden können, und die Schulen werden sich noch stärker als heute in Konkurrenz zu anderen Branchen behaupten müssen. Dafür ist gezielte Öffentlichkeitsarbeit mit Unterstützung durch die Berufsverbände notwendig.

Zur Attraktivitätssteigerung gilt es, so viele Schulgeld-freie Ausbildungsplätze wie nur irgend möglich anzubieten. Um eine optimale Vorbereitung der Auszubildenden auf die berufliche Praxis zu gewährleisten, müssen zudem ausreichend Praktikumsstellen auch in Praxen vorgehalten werden. Möglicherweise könnten die Schulen hier verstärkt Anreize für die Praxisinhaber/innen setzen. Dem Trend hin zu einer akademischen Qualifizierung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen tragen die Schulen durch Kooperationen mit Hochschulen Rechnung. Die Akquise von Auszubildenden wird dadurch erleichtert. Handlungsbedarf in

allen sieben Therapeutischen Gesundheitsfachberufen zeigt sich, was die gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildungen betrifft. Eine Novellierung wird als notwendig empfunden, um die Ausbildungen zu modernisieren.

Eine **Aufwertung des Berufs** ist für Diätassistenten/innen und Masseur/innen prioritär. Erstere sind nicht als Heilmittelerbringer anerkannt und verfügen nicht über einen geschützten Tätigkeitsbereich. Zudem ist die Berufsbezeichnung als „Assistent/in“ nicht mehr zeitgemäß. Im Fall der Masseur/innen ist nicht klar, welche Rolle die Berufsgruppe im Gesundheitswesen zukünftig spielen soll. Hierfür müsste eine Perspektive entwickelt werden. Vermutlich könnten Masseur/innen die Physiotherapeuten/innen, die ja ohnehin eine Höherqualifizierung anstreben, gut entlasten, indem sie diesen bestimmte Aufgaben abnehmen. Auch in den Berufsgruppen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ist das Handlungsfeld Aufwertung bedeutsam. Hier geht es darum, mehr Freiheiten in der Ausgestaltung der Therapien zu erreichen und die „Schlagkraft“ der Berufsverbände zu steigern, um berufspolitische Interessen besser durchsetzen zu können.

Die **Aktivierung externer Potentiale** kann in allen sieben therapeutischen Gesundheitsfachberufen als nachrangiges Problem- bzw. Handlungsfeld betrachtet werden. Für Diätassistenten/innen und Hebammen ist es praktisch unbedeutend. Aus dem Ausland kommen wenige Fachkräfte nach Rheinland-Pfalz, was laut den Arbeitsgruppenmitgliedern einerseits mit besseren Arbeitsbedingungen, höherem Renommee und höherer Entlohnung außerhalb Deutschlands sowie andererseits mit der Sprachbarriere zusammenhängt. Auch den Quereinstieg in die Berufe zu forcieren, erscheint wenig erfolgversprechend, da es – außer für die Masseur-Ausbildung – keine Fördermöglichkeiten (Umschulung) gibt. Und schließlich scheitert auch die Aktivierung der Stillen Reserve an den Rahmenbedingungen: Über die Verdienstmöglichkeiten können kaum Anreize zum Wiedereinstieg gesetzt werden. Und trotz flexibler Arbeitszeitmodelle entstehen Vereinbarkeitsprobleme dadurch, dass das Arbeitsaufkommen in den Praxen vor allem am (Spät-)Nachmittag hoch ist. Die vorhandenen Kinderbetreuungsangebote sind entweder nicht ausreichend oder nicht hinreichend flexibel.

## 4. Ausblick

Das Land Rheinland-Pfalz ist das erste Bundesland, in dem die aktuelle und zukünftige Arbeitsmarktlage für alle 18 bundes- und landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe untersucht worden ist. Auf der Basis dieser Arbeitsmarktdaten konnten mit der Erarbeitung eines neuen, bedarfsgerechten Ausbildungsstättenplans erste wichtige Schritte zur Fachkräftesicherung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen eingeleitet werden. Über Ausbildung alleine kann ein steigender Fachkräftebedarf allerdings langfristig nicht gedeckt werden. Weitere Ansätze zur Fachkräftesicherung müssen entwickelt werden. In der im Sommer 2013 konstituierten Unter-Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“ sind zunächst die Barrieren identifiziert worden, die eine Deckung des Personalbedarfs erschweren und erste Ideen zur Fachkräftesicherung erarbeitet worden. Daran haben sowohl berufsständische Vertreter/innen als auch Vertreter/innen der Arbeitgeber, der Arbeitsverwaltung und der Landespolitik mitgewirkt. Der vorliegende Bericht bündelt die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews und zeichnet ein erstes, möglicherweise durch die regionale Prägung der Arbeitsgruppe eingefärbtes Bild. Dieses sollte als Grundlage für die weiteren Aktivitäten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ dienen. Ideen dazu werden im Folgenden skizziert.

Die vielen Gemeinsamkeiten zwischen den sieben hier betrachteten Gesundheitsfachberufen, sowohl was die Problemlagen als auch was die Handlungsansätze angeht, sprechen für ein **gemeinsames Auftreten** der therapeutischen und perspektivisch aller 18 Gesundheitsfachberufe. Neben den zum Teil verbesserungsbedürftigen Beschäftigungsbedingungen eint die therapeutischen Gesundheitsfachberufe ein Entwicklungsstau; Innovationsbedarfe, beispielsweise im Bereich der Ausbildung, werden nicht befriedigt. Ideen und Konzepte zur Weiterentwicklung sind zum Teil vorhanden, setzen sich jedoch nicht durch. Eine vertiefte Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe erhöht die Durchsetzungsfähigkeit und ermöglicht Weiterentwicklungen. Synergien können genutzt werden, sodass alle Einzelberufe gestärkt aus einer Zusammenarbeit herausgehen. Gerade in den zahlenmäßig kleinen Berufsgruppen dürfte Entwicklung erst durch ein gemeinsames Auftreten ermöglicht werden. Dass die Gesundheitsfachberufe nicht in direkter Konkurrenz zueinander stehen, dürfte die Entscheidung für eine vertiefte Zusammenarbeit erleichtern.

Über eine **gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit** kann die öffentliche Wahrnehmung der (therapeutischen) Gesundheitsfachberufe insgesamt geschärft werden. Dabei könnte gut auf die positiven Aspekte der Gesundheitsfachberufe als sichere Zukunftsberufe fokussiert werden: Ausbildungsstätten und Beschäftigungsmöglichkeiten verteilen sich praktisch über das gesamte Bundesland, was einen Verbleib in der Herkunftsregion ermöglicht. Die Alterung der

Bevölkerung führt in fast allen Berufen zu einer erhöhten Nachfrage, was für gute Beschäftigungschancen sorgt. Die Berufsbilder und Tätigkeitsprofile sind vielfältig, und es gibt diverse Entwicklungsmöglichkeiten, beispielsweise die Selbständigkeit in einer eigenen Praxis. Flexible Arbeitszeitmodelle, die durchgängig verbreitet sind, können die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern. Nicht zuletzt sind die therapeutischen Gesundheitsfachberufe gesellschaftlich hoch relevant. Eine Öffentlichkeitsarbeit, die zum Beispiel im Rahmen einer Kampagne auf diese und weitere positive Aspekte der therapeutischen Gesundheitsfachberufe verweist, wäre innovativ und könnte dabei helfen, Auszubildende zu gewinnen und die Öffentlichkeit für berufspolitische Belange zu sensibilisieren.

Ein gemeinsames Auftreten stärkt auch die **berufsständische Politik**. Die Wahrscheinlichkeit steigt, eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen über eine höhere Vergütung bzw. Entlohnung zu erreichen. Dies ist bedeutsam, weil sich geringe Verdienstmöglichkeiten negativ auf die Attraktivität der Berufe und der Ausbildungen auswirken, weil durch eine geringe Gewinnspanne die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen erschwert wird, weil der Verbleib von Fachkräften im Beruf bei geringem Verdienst gefährdet ist und die Stille Reserve nicht zum Wiedereinstieg ins Erwerbsleben aktiviert werden kann. Die gesetzlichen Grundlagen für die Verhandlung der Heilmittelvergütung und Tarifvertragsstrukturen müssen auf Bundesebene geändert werden. Die Vertreter/innen der Berufsverbände in der Arbeitsgruppe haben allerdings auf ihre als nicht ausreichend empfundenen politischen Einflussmöglichkeiten und mangelnde berufspolitische Durchsetzungsfähigkeit hingewiesen. Ein gemeinsames Auftreten könnte die Verbände stärken.

Dafür sind geeignete **interprofessionelle Kommunikationsformate** notwendig. In Rheinland-Pfalz ist mit dem Expertenbeirat zum Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ eine solche Struktur aufgebaut und dann mit der Arbeitsgruppe „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ verstetigt worden. Diese institutionalisierten Kommunikationsstrukturen sollten fortgeführt werden. Da den (therapeutischen) Gesundheitsfachberufen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Herausforderungen im Zuge des demografischen Wandels und der Sicherung der Gesundheitsversorgung zukommt, sollte die Unterstützung ihrer Weiterentwicklungsbestrebungen politisch einen hohen Stellenwert haben. Das Land Rheinland-Pfalz sollte die Berufsverbände folglich dadurch unterstützen, dass die Aktivitäten der Arbeitsgruppe fortgeführt werden.

Ziel sollte sein, an den verschiedenen **strukturellen und kulturell-sozialen Begrenzungen**, die die Fachkräftesicherung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen behindern, zu arbeiten. Zu deren Überwindung müssen die unterschiedlichen Akteure, die in der Arbeits-

gruppe vertreten sind, beitragen.<sup>26</sup> Strukturelle Begrenzungen stellen die Rahmenbestimmungen für die Entwicklung der Heilmittelvergütung und die derzeitigen Tarifstrukturen dar. Des Weiteren sind die Berufsgesetze, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Ausbildungsfinanzierung in der Podologie und bei den Masseuren/innen und medizinischen Bademeister/innen überarbeitungsbedürftig. Der Akademisierungsdiskurs müsste vertieft werden. Die Rezeptprüfpflicht erhöht die Arbeitsbelastung in Praxen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe, und nicht ausreichende Kinderbetreuungsangebote am späteren Nachmittag schaffen Vereinbarkeitsprobleme. Kulturell-soziale Begrenzungen liegen darin, dass die Berufe aufgrund ihrer Größe – vielleicht mit Ausnahme der Hebammen und der Physiotherapeuten/innen – in der Öffentlichkeit wenig sichtbar sind. Sie sind anderen Gesundheitsfachberufen, vor allem den Ärzten/innen, formal nicht gleichgestellt. Als Heilmittelerbringer sind sie abhängig vom ärztlichen „Verordnungsverhalten“.

Die Sprechfähigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist nicht in allen therapeutischen Gesundheitsfachberufen hoch ausgeprägt. Zudem fehlen nicht wenigen Praxisinhaber/innen Personalführungs- und Managementkompetenzen, da diese in der Ausbildung nicht erworben werden. In der Podologie fehlt es darüber hinaus an einer Ausbildungskultur in den Praxen, sodass die Schulen Schwierigkeiten haben, ausreichend Praktikumsstellen zur Verfügung zu stellen. Solche kulturell-sozialen Begrenzungen können nicht top-down überwunden werden. Insbesondere die Berufsverbände und die Schulen müssen auf ein modernes, selbstbewusstes Berufsverständnis, auf die Sprechfähigkeit der Berufsangehörigen und auf die Entwicklung einer Ausbildungskultur hinwirken. In der Überwindung von strukturellen und kulturell-sozialen Begrenzungen liegt die Chance, die Beschäftigungsbedingungen zu verbessern, eine hohe Auslastung der Ausbildungsplätze zu gewährleisten, die Therapeutischen Gesundheitsfachberufe aufzuwerten, externe Potentiale zu aktivieren und dadurch den zukünftigen Fachkräftebedarf zu decken.

---

<sup>26</sup> Im Prozess wurde deutlich, dass die Arbeitsgruppe perspektivisch noch um eine/n Vertreter/in der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz erweitert werden müsste.

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Übersicht über die 18 bundes- bzw. landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe .....	5
Tab. 2: Priorisierung der Problem- bzw. Handlungsfelder nach Berufen.....	62

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Aktuelle und zukünftige Fachkräftesituation in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz.....	6
Abb. 2: Stellwand mit beispielhaften Ergebnissen vom 03.02.2014 .....	9