

Christine BETTING & Ariane NEU

(FernUniversität Hagen)

**(Aus)Bildungsstrukturen in den Therapieberufen – vom
„Sackgassenberuf“ zu neuen durchlässigeren Bildungswegen
in der Aus- und Weiterbildung – historische Einblicke**

Online unter:

http://www.bwpat.de/ausgabe36/betting_neu_bwpat36.pdf

in

bwp@ Ausgabe Nr. 36 | Juni 2019

Historiografische Berufsbildungsforschung

Hrsg. v. **Karin Büchter, Anna Lambert, Mathias Götzl & Franz Gramlinger**

www.bwpat.de | ISSN 1618-8543 | *bwp@* 2001–2019

bwp@

www.bwpat.de



Herausgeber von *bwp@* : Karin Büchter, Martin Fischer, Franz Gramlinger, H.-Hugo Kremer und Tade Tramm

Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online

Online: http://www.bwpat.de/ausgabe36/betting_neu_bwpat36.pdf

Therapieberufe, die zu den Gesundheitsfachberufen zählen, wurden bislang traditionell ausschließlich an Berufsfachschulen ausgebildet. Historisch betrachtet entwickelten sich die Therapieberufe zunächst als reine Frauenberufe aus den Anfängen des Berufsbildungssystems an der Schwelle zum 20. Jahrhundert, zeitlich parallel zum dualen Ausbildungssystem. Der Weg der Verberuflichung, rechtlichen Normierung und Einordnung in das heutige Berufsbildungssystem unterlag jedoch gänzlich anderen Bedingungen und Weichenstellungen, was die Struktur der Berufe bis heute prägt und ihre Weiterentwicklung hemmt. Kernpunkt des Aufsatzes ist die Systematisierung der bisherigen Ausbildungs- und Weiterbildungsstrukturen innerhalb der therapeutischen Gesundheitsfachberufe. Basis bildet dabei die besondere historische Entwicklung der Berufe Ergotherapie und Physiotherapie. Für diese Therapieberufe endete der formale Bildungsweg traditionell nach der beruflichen Erstausbildung in der Sekundarstufe II und eine formale Weiterqualifizierung im tertiären oder quartären Bildungsbereich war nicht vorgesehen. Entsprechend galten sie bislang als sogenannte „Sackgassenberufe“. Die berufliche Bildung steht hier heute vor der Herausforderung, die Absolvent(inn)en auf veränderte berufliche Anforderungen mit einem geeigneten Ausbildungsformat vorzubereiten. Hier werden unterschiedliche Wege gegangen, von der Anpassung der Berufsgesetze über das Erproben neuer Ausbildungs- und Weiterbildungswege im tertiären Bereich. Die historische Entwicklung der Berufsstrukturen erweist sich hier als gewichtiger Faktor, der die Entwicklung der Berufe bislang an vielen Stellen gehemmt hat und bis heute beeinflusst.

Education/Training Structures in Therapeutic Professions – from "Dead-End Profession" to New and More Permeable Structures in Initial and Follow-on Training – historical insights

Therapeutic professions that are classified as health care professions have traditionally been taught exclusively at vocational colleges (*Berufsfachschulen*). From a historical point of view, therapeutic professions initially developed as purely female occupations from the beginnings of the vocational education and training system at the turn of the 20th century at the same time that the dual training system was evolving. The process of professionalisation, legal standardisation and classification in the current vocational education and training system was, however, subject to completely different conditions and priorities for therapeutic professions, which still characterises the structure of such professions today and hinders their further development. The central point of the article is the systematisation of previous initial and follow-on training structures within the therapeutic health care professions. The basis for this is the special historical development of the professions of occupational therapy and physiotherapy. Formal education for these therapeutic professions traditionally ended after initial vocational training at upper secondary level and no further formal qualification in tertiary or higher education was possible. This meant that they were thought of as dead-end professions. The challenge facing vocational education and training today is to prepare school-leavers for changing vocational demands by providing them with an appropriate training format. This involves a number of different approaches such as adapting occupation-related legislation and testing new initial and follow-on training in tertiary education. The historical development of occupational structures is proving to be an important factor that has so far hampered the development of professions in many ways and continues to do so today.

(Aus)Bildungsstrukturen in den Therapieberufen – vom „Sackgassenberuf“ zu neuen durchlässigeren Bildungswegen in der Aus- und Weiterbildung – historische Einblicke

1 Einleitung

Die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Deutschland befinden sich in einer Umbruchphase. Veränderte Versorgungsbedarfe, bedingt durch den demografischen Wandel und andere epidemiologische Entwicklungen in der Bevölkerung, stellen das Gesundheitssystem heute und morgen vor große Herausforderungen. Der Wissenschaftsrat empfahl daher bereits 2012, die bisherige Arbeitsteilung in der Gesundheitsversorgung zu überdenken, um den veränderten Versorgungsbedarfen gerecht werden zu können. Konkret ist es nach Auffassung des Wissenschaftsrates zukünftig erforderlich, dass „insbesondere die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben erfüllen, sondern in einem gewissen Umfang auch bestimmte, vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben übernehmen“ (Wissenschaftsrat 2012, 8). In der Konsequenz führt dies dazu, dass sich die Gesundheitsfachberufe mit veränderten Qualifikationsbedarfen konfrontiert sehen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2014, 14; Wissenschaftsrat 2012, 7f.). Gerade die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (im Fokus werden in diesem Beitrag die Berufe Physiotherapie und Ergotherapie betrachtet) stehen hier vor veränderten und zukünftig möglicherweise auch neuen Aufgaben, was die derzeitigen Ausbildungsstrukturen in den Blick rücken lassen.

Traditionell und historisch verortet sind die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Deutschland im nicht-akademischen Berufsbildungssystem. Seit einigen Jahren schreitet parallel dazu der Ausbau hochschulischer Bildungsangebote voran.

Einerseits eröffnet der Aufbruch in den tertiären Bildungssektor diesen Berufen, die aufgrund der bislang eingeschränkten Weiterqualifizierungswege im formalen Bildungssystem als „Sackgassenberufe“ galten, neue Chancen. Andererseits haben sich so parallele Qualifizierungswege herausgebildet, deren gemeinsame Basis lediglich die jeweiligen veralteten Berufsgesetze darstellen, die jedoch kaum Anhaltspunkte für eine Ausrichtung der Ausbildung nach einheitlichen, den Anforderungen des Beschäftigungssystems angemessenen Ausbildungsstandards liefern. Die uneinheitlichen Aus- und Weiterbildungsstandards der vielfältigen Bildungsgänge, das ungeklärte Verhältnis unterschiedlicher Qualifizierungswege beziehungsweise deren Absolventinnen und Absolventen zueinander sowie die fehlende horizontale und vertikale Abgrenzung der Berufe hinsichtlich ihrer Tätigkeitsprofile, stellen hier aktuelle Herausforderungen dar und verhindern eine systematische Steuerung und curricularer Vereinheitlichung der Ausbildung (vgl. Friese 2014, 3f.).

Diese Heterogenität der Bildungswege in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen verbunden mit einer kaum herstellbaren Qualitätssicherung und Herausbildung einheitlicher

Ausbildungsstandards wird durch den Blick in die Historie dieser Berufe nachvollziehbar und begründbar. Traditionell sind die therapeutischen Gesundheitsfachberufe nicht im dualen Berufsausbildungssystem verortet, sondern im Schulberufssystem, welches als zweite Säule des Berufsbildungssystems besteht. Historisch haben sich zwar beide Säulen zeitgleich an der Schwelle zum 20. Jahrhundert entwickelt. Dies erfolgte jedoch strukturell höchst unterschiedlich und unabhängig voneinander, was sich in den unterschiedlichen Qualifikationsstrukturen der Berufe der jeweiligen Systeme manifestiert hat. Bis heute nehmen die Gesundheitsfachberufe eine Sonderstellung im Berufsbildungssystem ein und erweisen sich die gewachsenen Berufs- und Bildungsstrukturen gerade in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen immer wieder als Stolpersteine und Hemmschuh sowohl in der strukturellen als auch inhaltliche Weiterentwicklung und Modernisierung dieser Berufe. Der Beitrag nimmt, nach einer Darstellung der momentanen Bildungsstrukturen und Einordnung der therapeutischen Gesundheitsberufe in das deutsche Bildungssystem, die historische Entwicklung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe Physiotherapie und Ergotherapie in den Blick. Es wird aufgezeigt, inwieweit die historisch gewachsenen Bildungsstrukturen dieser Berufe es auch heute noch erschweren, eine systematische, standardisierte und den heutigen Qualitätsansprüchen angemessene Aus- und Weiterbildung für diese Berufe zu etablieren, mit dem Ziel, Absolventinnen und Absolventen durchlässige Bildungs- und Aufstiegswege zu bieten, die lebenslanges Lernen ermöglichen und den Verbleib im Beruf über die Lebensspanne erleichtern.

Aufgrund der oben bereits angedeuteten Heterogenität der Gesundheitsberufe stellt sich auch der Gegenstand der Berufsbildungsforschung in diesem Bereich unsystematisch und von unterschiedlichen Richtungen ausgehend dar. An der Schnittstelle zwischen Berufs- und Wirtschaftspädagogik/Erziehungswissenschaften und den Fachwissenschaften der Berufe verortet, finden sich wenig systematisch sowohl Beiträge in berufs- und wirtschaftspädagogischen/erziehungswissenschaftlichen- als auch therapiewissenschaftlichen Fachzeitschriften (vgl. Darmann-Finck 2015, 5). Dies wird auch im vorliegenden Beitrag abgebildet. Die erst langsame und zögerliche Wissenschaftsentwicklung in den Gesundheitsfachberufen baut historisch auf eine meist forschungs- und wissenschaftsferne Praxis (vgl. Ewers et al. 2012, 37), was sich in einer erst beginnenden Forschungsaktivität zu den Gesundheitsfachberufen zeigt. Diese kann sich noch nicht auf Strukturen und Kapazitäten vergleichbar mit anderen forschungsaktiven Disziplinen stützen (vgl. Ewers et al. 2012, 34) und ist momentan, wo vorhanden, mehrheitlich auf Didaktik, Curriculumentwicklung (vgl. Darmann-Finck 2015,7) sowie der Versorgungsforschung (vgl. Ewers et al. 2012, 39) ausgerichtet. Kaum erforscht sind Sozialisationsprozesse in den Berufen (vgl. BMBF 2014, 195) und fast gänzlich fehlt eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den historisch gewachsenen Berufsstrukturen in den Gesundheitsfachberufen. Hierzu möchten die folgenden Ausführungen einen Beitrag leisten.

2 Therapieberufe und ihre Verortung im deutschen Berufsbildungssystem

Der Definition des Wissenschaftsrats (2012) folgend können die Therapieberufe Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie neben den Pflegeberufen sowie den Hebammen und Entbindungshelfern unter den Gesundheitsfachberufen verortet werden. Als Gesundheitsfachberufe

definiert der Wissenschaftsrat solche Berufe, für die „im Gegensatz zum ärztlichen und zahnärztlichen Beruf - eine hochschulische Ausbildung rechtlich nicht erforderlich ist“ (Wissenschaftsrat 2012, 12). Ähnlich bezeichnet auch Zöllner (2012, 6) die Gesundheitsfachberufe als nicht akademische Heilberufe, deren Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen erfolgt. Diese Schulen nehmen innerhalb des deutschen Berufsbildungssystems eine Sonderstellung ein, was auf ihre historische Entstehungsgeschichte zurückzuführen ist, wie noch gezeigt werden wird. Um die heutige Verortung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe im deutschen Berufsbildungssystem nachvollziehen zu können wird zunächst dessen Grundstruktur kurz vorgestellt.

2.1 Grundstruktur des nicht-akademischen Berufsbildungssystem in Deutschland

Im Wesentlichen lässt sich das nicht-akademische Berufsbildungssystem in drei Teilbereiche untergliedern: das duale System der Berufsausbildung, das Schulberufssystem sowie den Übergangsbereich (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, 79). Im dualen System kann eine Ausbildung in einem der aktuell rund 330 staatlich anerkannten Ausbildungsberufe nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder Handwerksordnung (HwO) absolviert werden. Diese duale Berufsausbildung ist aufgeteilt in einen eher praxisorientierten Ausbildungsteil am Lernort Betrieb und in einen eher theoretisch ausgerichteten Teil am Lernort Teilzeitberufsschule. Als formale Zugangsvoraussetzung zu einer solchen Ausbildung gilt lediglich die Erfüllung der Vollzeitschulpflicht. Es muss kein bestimmter allgemeinbildender Schulabschluss vorliegen. Finanziert wird die Ausbildung primär durch die ausbildenden Betriebe, die insbesondere die Kosten für den betrieblichen Teil der Ausbildung tragen und dem jeweiligen Auszubildenden eine Ausbildungsvergütung zahlen. Die inhaltliche Festlegung der mindestens zu erwerbenden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten werden für jeden anerkannten Ausbildungsberuf geregelt; für den betrieblichen Ausbildungsteil über vom zuständigen Bundesministerium als Rechtsverordnungen erlassene und bundesweit geltende Ausbildungsordnungen und für den berufsschulischen Teil über die von der KMK entwickelten Rahmenlehrpläne, die aufgrund der Kulturhoheit der Länder von den einzelnen Bundesländern in entsprechende Landeslehrpläne umgesetzt werden (vgl. Hippach-Schneider/Krause/Woll 2007, 26f.). Entwicklung und Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen erfolgen dabei im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses. An diesem sind neben Bund und Ländern insbesondere auch die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände beteiligt. Die politische Steuerung und Kontrolle der dualen Berufsausbildung erfolgt somit in gemeinsamer Verantwortung von Staat und Sozialpartnern in korporatistischen Arrangements, so dass Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden einen hohen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung und die praktische Durchführung der Ausbildung haben (vgl. Baethge 2008, 543, 546).

Die zweite Säule des nicht-akademischen Berufsbildungssystems stellt das Schulberufssystem dar, in dem ebenfalls ein Abschluss in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf erworben werden kann. Im Gegensatz zur Ausbildung im dualen System erfolgt die Ausbildung hier jedoch in vollzeitschulischer Form in Verantwortung des Schulträgers (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, 79). Zum Schulberufssystem gehören Berufsfachschulen, an denen ein vollqualifizierender Berufsabschluss entweder nach BBiG/HwO oder außerhalb von

BBiG/HwO erworben werden kann, Fachschulen im Bereich der beruflichen Erstausbildung sowie die Schulen des Gesundheitswesens (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, 258). Grundsätzlich unterliegen sie der Aufsicht der Länderkultusminister; eine Ausnahme stellen hier jedoch die Schulen des Gesundheitswesens dar (vgl. Baethge 2008, 578). Deren Ausbildungsgänge unterliegen in der Regel dem Bundesrecht (vgl. Zöllner 2015, 52). Die rechtlichen Grundlagen der Bildungsgänge im Schulberufssystem sind folglich wesentlich heterogener als im dualen System der Berufsausbildung. Auch finden sich unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen für diese Bildungsgänge und erhalten Schülerinnen und Schüler, anders als in der dualen Ausbildung, bislang keine Ausbildungsvergütung.

Die dritte Säule stellt der Übergangsbereich dar. Hierzu zählen Bildungsmaßnahmen, die unterhalb einer vollqualifizierenden Berufsausbildung liegen (vgl. Baethge 2008, 543) und daher im Folgenden nicht weiter betrachtet werden.

2.2 Verortung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe im Bildungssystem

Therapeutischen Gesundheitsfachberufe werden traditionell an den oben genannten Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet, die sich häufig in freier Trägerschaft befinden und an eine Praxiseinrichtung (beispielsweise Krankenhaus oder Gesundheitszentrum) angeschlossen sind oder mit einer solchen kooperieren (vgl. Wissenschaftsrat 2012, 54f.). Die Gesetzgebungskompetenz für diese Ausbildungen fällt als Besonderheit nicht in den Bereich der Bundesländer, die basierend auf der Kulturhoheit grundsätzlich für Schulangelegenheiten zuständig sind. Aufgrund der mit der Ausübung dieser Berufe verbundenen Gesundheitsgefahren für die zu behandelnden Personen hat stattdessen der Bund auf Basis der konkurrierenden Gesetzgebung nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und die Zulassung und Ausübung als „Heilgewerbe“ über die jeweiligen Berufsgesetze bundeseinheitlich geregelt (vgl. BMBF 2014, 15).

Die zentralen rechtlichen Grundlagen für die hier betrachteten Berufe finden sich im Ergotherapeuten- (ErgThG) bzw. Physiotherapeutengesetz (MPhG) sowie in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV) bzw. für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). Diese Rechtsgrundlagen regeln unter anderem, dass als formale Zugangsvoraussetzung für eine Ausbildung zum/zur Physiotherapeuten/-in bzw. Ergotherapeuten/-in ein Realschulabschluss, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer vorliegen muss (§ 4 Abs. 2 ErgThG; § 10 MPhG). Darüber hinaus finden sich in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Angaben zum Mindestumfang des theoretischen und praktischen Unterrichts im Rahmen der dreijährigen Ausbildung (vgl. Zöllner 2014, 21).

Mit diesen rechtlichen Grundlagen werden bundesweit geltende Eckdaten für die Ausbildungen und Prüfungen vorgegeben. Die konkrete Ausgestaltung dieser Eckdaten erfolgt aufgrund der eingeschränkten Gesetzgebungskompetenz des Bundes jedoch weitgehend durch die Bundesländer. Dies geschieht allerdings nicht einheitlich und auch die Verantwortung ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Teilweise untersteht die Ausbildung den

Gesundheits- oder Sozialministerien, seltener den Kultusministerien (vgl. Dielmann 2013, 158).

Diese Sonderstellung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe im Berufsbildungssystem wird nachvollziehbar in der Rekonstruktion der historischen Entwicklung dieser Berufe, wie im Folgenden gezeigt wird.

3 Die therapeutischen Gesundheitsfachberufe – historische Entwicklung

Historisch betrachtet nahmen etliche Berufe, die heute im Schulberufssystem ausgebildet werden, ihren Anfang in etwa zeitlich parallel zur Entwicklung des heutigen dualen Ausbildungssystems. Es entstand eine Vielzahl an beruflichen Schulen als Vorläufer heutiger vollqualifizierender Berufsfachschulen (vgl. Feller 1998, 292). Die aus dieser Entwicklung entstandenen heutigen Berufe nahmen ihren Anfang hauptsächlich als reine ‚Frauenberufe‘ (Berufe mit einem Frauenanteil von mehr als 70% (vgl. Trappe 2006, 51, 61)) und fanden ihren Platz erst nach langem Ringen in einer hierarchisierten Berufswelt, die diese Berufe in eine Sackgassenposition drängte. Es entstand so eine Vielzahl von Berufen, die aber, anders als im dualen Ausbildungssystem, auf keiner gemeinsamen rechtlichen Basis oder gemeinsamen beruflich-korporatistischen Regelungsstrukturen fußten, sondern sich unabhängig voneinander in unterschiedlichen Kontexten entwickelten (vgl. Dobischat 2010, 104). In dieser Entstehungsgeschichte der sogenannten Schulberufe nahmen die Gesundheitsfachberufe einen eigenen Entwicklungsstrang ein. Daher werden nachfolgend zunächst allgemeine Entwicklungslinien des Berufsbildungssystems nachgezeichnet, bevor anschließend eine detaillierte Betrachtung der Historie der hier im Mittelpunkt stehenden Berufe Physiotherapie und Ergotherapie erfolgt.

3.1 Die historische Entwicklung der nicht-akademischen Ausbildungsberufe

Das Fundament des heutigen Berufsbildungssystems entstand an der Schwelle zum 20. Jahrhundert und differenzierte sich nach und nach im Wesentlichen in zwei Teilbereiche. Zum einen die Lehre als Vorläufer der heutigen dualen Ausbildung für Berufspositionen mit der Intention einer langfristigen Bindung an den Arbeitsmarkt, was prinzipiell nur für männliche Jugendlichen gelten sollte. Zum anderen ein breites Spektrum an vollzeitschulischen Bildungsgängen für Mädchen und junge Frauen, die unterschiedlichen politischen und sozialen Intentionen folgten (vgl. Feller 1998, 292).

Betrachtet man die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse der damaligen Zeit in Deutschland, so kann festgehalten werden, dass der Motor der Entwicklung des dualen Ausbildungssystems zunächst nicht die Qualifizierungsinteressen der Gesellschaft war, sondern es sollte vorrangig die Bindung der männlichen Jugend an die bürgerliche Gesellschaft nach Entlassung aus der Volksschule sichern und sie auf ihre staatsbürgerlichen Pflichten vorbereiten (vgl. Dobischat 2010, 102f.; Kerschensteiner 1901, zit. in Krüger 2003, 149). Erst die über viele Jahrzehnte andauernde Weiterentwicklung der zunächst unabhängig voneinander laufenden Lernorte Betrieb und Schule und der mit Verabschiedung des Berufsbildungsgesetzes 1969 letztlich verankerte Systemcharakter der Ausbildung, führte zur Konsolidierung des bis

heute anhaltenden Qualifizierungsmodells des deutschen „Facharbeiters“ (vgl. Dobischat 2010, 103).

Die Entwicklung vollzeitschulischer Bildungsgänge für Mädchen und junge Frauen kann zeitlich parallel verfolgt werden, jedoch wurden die Weichenstellungen hier organisatorisch, inhaltlich und rechtlich gänzlich anders vollzogen (vgl. Dobischat 2010, 104). So entwickelten sich verschiedene fachliche Stränge vollzeitschulischer Berufsbildung im Kontext ihrer jeweils spezifischen zeitgeschichtlichen Geschehnisse, die bis heute keine einheitliche Grundstruktur aufweisen, sondern formal, inhaltlich, rechtlich und strukturell äußerst heterogen aufgestellt sind (vgl. Feller 1998, 292).

Die meisten dieser vollzeitschulischen Bildungsgänge beinhalteten keinen klaren Berufsbezug, sondern dienten hauptsächlich als Zwischenstadium und Vorbereitung auf die Familiengründung (vgl. Feller 1998, 293). So entstanden sogenannte „höhere Töcherschulen“, die hauptsächlich auf Tätigkeiten rund um die Familienfunktionen „erziehen, pflegen, gesund erhalten“ vorbereiteten. Basisgedanke war, Mädchen systematisch von einer Berufsausbildung fernzuhalten, um ihre Orientierung auf ein späteres Familienleben und die Übernahme der Familienpflichten nicht zu gefährden. Es galt, den Zugang zu qualifizierten Erwerbstätigkeiten, die möglicherweise Optionen und Interessen an einer langfristigen Berufstätigkeit entwickeln und stützen könnten, schon im Ansatz zu verhindern (vgl. Mayer 1992, zit. in Krüger 2004, 150). Außerdem entstanden aber auch Handelsschulen, die es (unverheirateten) Frauen ermöglichen sollte, sich einen eigenen Lebensunterhalt zu sichern, was nach dem ersten Weltkrieg für viele auch essentiell wurde (vgl. Krüger 2004, 150). Daneben wurden durch die zunehmende Industrialisierung insbesondere auch Frauen aus der Unterschicht zu außerhäuslichen, ungelernten Tätigkeiten in Industrie oder Landwirtschaft gezwungen. Für sie entstanden sogenannte Industrie- oder Armenschulen mit dem Ziel einer allgemeinen beruflichen Qualifizierung aber keiner spezifischen Berufsausbildung. Sie dienten der Erziehung zur Arbeitsamkeit und Förderung der Erwerbsfähigkeit. Anlass für die Gründung dieser Schulen war auch die Veränderungen in der Textilproduktion, da viele Beschäftigungen durch einen Modewechsel Ende des 18. Jahrhunderts (weg von groben Samt zu Seide aus Frankreich) wegfielen, gleichzeitig aber der Bedarf an Dienstboten stieg (vgl. Feller 1998, 292). Auch die zurückliegenden Kriege lösten erhöhte Bedarfe an gesundheitlicher und sozialfürsorglichen Tätigkeiten aus, die speziell für unverheiratete Frauen aus dem Bürgertum als Überbrückung bis zur Eheschließung als geeignet angesehen wurden (vgl. Meifort 1999, zit. in Dobischat 2010, 105). So entstanden Ende des 19. Jahrhunderts ebenfalls verschiedene sozialdienstliche Schulen mit Ziel der Bildung einer „Sozialen Frauenpersönlichkeit“, was nicht an den Anforderungen potentieller Arbeitgeber orientiert war (vgl. Feller 1998, 295).

Diese „Bildungsanstalten für Frauen“ wurden insgesamt nicht nach den Prinzipien des dualen Systems gestaltet, sondern den Kultusministerien oder später auch freien Trägern mit entsprechendem Arbeitskräftebedarf unterstellt. Es fehlten in einzelnen Sektoren oder Tätigkeitsbereichen, anders als in der Industrie, berufliche beziehungsweise korporatistische Regelungsstrukturen, ordnungsrechtliche Standardisierung und Professionalisierung (vgl. Krüger 2004, 150; Dobischat 2010, 104; Friese 2014, 2).

Später entstanden aus diesen Anfängen schulischer Ausbildungsgänge für Frauen mit Herauskristallisierung der Berufsförmigkeit von Dienstleistungen eine Vielzahl personenbezogener Dienstleistungsberufe in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Soziales und Hauswirtschaft, von denen einige Berufe später in das duale Ausbildungssystem überführt wurden, wie beispielsweise die Arzthelferin (heute medizinische Fachangestellte). Andere wurden in vollzeitschulischer Form belassen (vgl. Krüger 2004, 150), wie auch die hier betrachteten therapeutischen Gesundheitsfachberufe Physiotherapie und Ergotherapie.

3.2 Die historische Entwicklung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe Physiotherapie und Ergotherapie

Die Entstehungsgeschichte der heutigen therapeutischen Gesundheitsfachberufe Physiotherapie und Ergotherapie kann zwar zeitlich parallel zu den beschriebenen schulischen Bildungsgängen für Frauen nachgezeichnet werden, sie nahm hier jedoch einen eigenen Entwicklungsstrang ein, der sich unabhängig davon entwickelte. Stark geprägt war der Weg in die Verberuflichung von der Initiative engagierter Frauen und auch Ärzten sowie auch durch den Einfluss zeitgeschichtlicher Geschehnisse in Deutschland.

Ein Meilenstein in der Entwicklung des Berufes der Physiotherapie stellen die Bemühungen des Berliner Arztes Albert Neumann dar. Dieser brachte die aus Schweden stammende „medizinische Gymnastik“ Mitte des 19. Jahrhunderts nach Deutschland und etablierte in Berlin den ersten ärztlich geleiteten Kursaal für medizinische Heilgymnastik. Da die preußische Gesundheitsbehörde allerdings die Notwendigkeit eines eigenständigen Heilgymnasten bezweifelte, erhielt Neumann keinen staatlichen Lehrauftrag für Heilgymnastik (vgl. Hüter-Becker 2004, 9f.). Erst um 1900 eröffnete die erste privat gegründete Lehranstalt für Heilgymnastik in Kiel. Diese Ausbildung erfolgte zwar mit staatlicher Anerkennung aber unter der Prämisse eines „Heil-Hilfsberufs“, der die Heilgymnastik klar unter die Oberhoheit des ärztlichen Berufes stellte. Die erste staatliche Schule für „Krankengymnastik und Massage“ wurde 1919 in Sachsen gegründet (vgl. Hüter-Becker 2004, 14). Weitere Schulen folgten schon bald, denn aufgrund zunehmender Verkehrs- und auch Arbeitsunfälle im Zuge der Industrialisierung sowie aufgrund der körperlichen Folgen der beiden Weltkriege stieg stetig der Bedarf an entsprechenden heilgymnastischen Therapien. Die bis dato vorhandenen Ausbildungsstätten reichten bei weitem nicht aus, diesen Bedarf zu decken (vgl. Hüter-Becker 2004, 13f.; Kohlwes 2009, 42).

Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges gab es die ersten Bestrebungen, den Berufsstand zu konsolidieren und die Ausbildung zu vereinheitlichen, denn bislang fehlte es sowohl an einer einheitlichen rechtlichen Fundierung der Ausbildungsgänge als auch an einem Schutz der Berufsbezeichnung (vgl. Hüter-Becker 2004, 16). 1948 wurden sodann durch eine Gruppe engagierter Frauen die Weichen für einen „gesamtdeutschen“ krankengymnastischen Berufsverband gestellt. 1949 folgte als weiterer Meilenstein das erste Treffen der Vertreter der Krankengymnastikschulen und Landesverbände, um einheitliche Regelungen der Ausbildung mit Schutz der Berufsbezeichnung durch ein Bundesgesetz vorzubereiten (vgl. Hüter-Becker 2004, 17). 10 Jahre später wurde dann das erste Bundesgesetz „über die Berufe des Masseurs,

des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten“ erlassen. Dieses sah den verordnenden Arzt klar für die Entscheidung und Verantwortung über die auszuführenden Therapien vor (vgl. Hüter-Becker 2004, 20; Kohlwes 2009, 41). 1994 wurde das Gesetz novelliert und ein Anerkennungspraktikum in die Ausbildung integriert.

Bis in die 1970er Jahre war der Berufe ein reiner Frauenberuf. Erst mit Einführung des Numerus clausus für das Medizinstudium interessierten sich auch Männer für die Krankengymnastikausbildung (vgl. Hüter-Becker 2004, 24).

Ähnlich wie für den Beruf der Physiotherapie lassen sich auch Meilensteine in der Entwicklung des Berufs der Ergotherapie identifizieren. Den ersten Ausbildungsgang für Beschäftigungstherapie gab es bereits 1908 in Chicago (vgl. Kubny-Lüke 2000, 12). In Deutschland wurde der erste organisierte Ausbildungsgang hingegen erst 1947 in der Landeskrankenanstalt in Bad Pyrmont durchgeführt. Dort war eine große Anzahl an Kriegsverletzten untergebracht, deren geschädigte Gliedmaßen durch eine auf Aktivität ausgerichtete Therapie behandelt werden sollten. Wie bei der Physiotherapie war also auch bei der Ergotherapie die hohe Zahl an Verletzten des zweiten Weltkrieges und dem sich daraus ergebenden Bedarf an therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung der körperlichen Kriegsfolgen ein wesentlicher Treiber für die Entwicklung des Berufsbildes der „Beschäftigungstherapie“ in Deutschland (vgl. Marquardt 2004, 13f.). Die erste staatlich anerkannte Schule für Beschäftigungstherapie entstand 1953 in Hannover. Zugleich setzten sich ab Anfang der 1950er Jahre engagierte Beschäftigungstherapeutinnen für einen eigenen Berufsverband ein. Dieser nahm ab 1954 seine Arbeit auf und beschäftigte sich in den Folgejahren intensiv mit der Eigenständigkeit des Berufes, den Ausbildungsinhalten und der Ausbildungsdauer. Es dauerte dann jedoch noch bis 1977 bis das Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten in Kraft trat und die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung bundeseinheitlich geregelt wurde. Die Oberhoheit über die Ausbildung lag auch hier weitgehend in ärztlicher Hand (vgl. Kubny-Lüke 2000, 12f.).

3.3 Hierarchisierung der Berufswelt

Die Entstehungsgeschichte dieser „Heil-Hilfsberufe“ ist im Spannungsfeld der Etablierung von Professionen im tertiären Bildungssektor ab Mitte des 19. Jahrhunderts zu betrachten. Im Rahmen dieser Professionalisierungsprozesse kam es dazu, dass in Bereichen wie bspw. der Justiz und vor allem auch in der Medizin nur die akademische Ausbildung den Zugangsweg zum exklusiven Kreis der „professionals“ eröffnete, die bestimmte Dienstleistungen anbieten durften (vgl. Wetterer 1995, 15). Im Bereich der Medizin sollten dadurch einerseits Patienten vor „Kurfüschern“ und „Scharlatanen“ bewahrt werden. Andererseits konnten so jedoch auch Konkurrenten ausgeschaltet und die einträglichen Marktanteile gesichert werden (vgl. Wetterer 1995, 15).

Bedeutsam für die hier dargestellte Hierarchisierung der Berufswelt ist aus historischer Perspektive besonders der machttheoretische Ansatz, der als Dominanzmodell die Beziehung zwischen Ärzten und nichtmedizinischem Personal charakterisiert. Als Urheber des Begriffs „professional dominance“ gilt der amerikanische Soziologe Eliot Freidson, „der die Autono-

mie und damit die gesellschaftliche Autorität des Ärztestandes partiell in der Herrschaft der Profession über das System der medizinischen Arbeitsteilung, also über die nachgeordneten Gesundheitsberufe, begründet sah“ (Freidson, 1970, zit. in Döhler 1997, 61). So erreichte die Ärzteschaft an der Wende zum 20. Jahrhundert „die nahe vollständige Beherrschung des Gesundheitsmarktes und ihre privilegierte soziale Stellung“ (Bollinger/ Gerlach 2015, 90). Von dieser Monopolstellung der Ärzte für die Ausübung der Heilkunde wurden dann unter ärztlicher Kontrolle an „nachgeordnete“ Berufsgruppen Tätigkeiten delegiert. Unter dieser Subordination hat die medizinische Profession „die Definitionshoheit über Ausbildungsinhalte, Tätigkeitsfelder und den praktischen Einsatz vieler nichtärztlicher Gesundheitsberufe erlangt, indem sie ein den dafür zuständigen staatlichen oder nichtstaatlichen Regulierungsinstanzen eine Veto- oder gar Kontrollposition etablieren konnte“ (Döhler 1997, 63). Diese „Heil-Hilfsberufe“ sollten so nicht die ärztliche Weisungsbefugnis in Frage stellen und auf die Ausführung von Anweisungen beschränkt bleiben (vgl. Scherfer 2004, 48).

In diesem System der akademischen Professionen entstanden so semi-professionellen Berufsgruppen, die in allen Fragen der Rekrutierung, Qualifikation und Berufsausübung der Weisungsbefugnis und Kontrolle der akademischen Professionen unterstellt wurden. Besetzt wurden diese „Heil-Hilfsberufe“ auch deshalb mehrheitlich von Frauen, da ihnen lange Zeit der Zugang zur akademischen Bildung verwehrt wurde. So etablierte sich eine geschlechtshierarchische Arbeitsteilung zwischen vorwiegend männlich dominierten Professionen und weiblich besetzten „Semiprofessionen“, ein Muster der Beziehungen zwischen Männer- und Frauenarbeit, das sich laut Wetterer in vielen Berufsbereichen zeigte (vgl. Wetterer 1995, 16f.).

Auf diese Weise hat sich im Gesundheitsbereich eine berufliche Grundstruktur etabliert, die bis heute die therapeutischen, nichtärztlichen Heilberufe unter die Dominanz der ärztlichen Profession stellt und sie auf den Rang einer Semiprofession verweist. Aus historischer Perspektive konnten so Frauen, die diese „Heil-Hilfsberufe“ besetzten, in dieser hierarchischen Grundstruktur auf einen Platz weiter unten in der beruflichen Hierarchieebene festgehalten werden. Bis heute ist bei der staatlichen Prüfung in der Physio- und Ergotherapie-Ausbildung gemäß der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zwingend mindestens ein Arzt in den Prüfungsausschuss zu bestellen (§ 3 PhysTh-APrV; § 3 ErgThAPrV). Bis heute wird die deutsche Physiotherapie wie auch die Ergotherapie durch diese historische Gewordenheit und Verortung im System medizinischer Versorgung als Heil- und Hilfsberuf geprägt (vgl. Höppner/Richter 2018, 3) und erweisen sich diese Berufsstrukturen als Hemmschuh in der Weiterentwicklung und Modernisierung dieser Berufe.

4 Entwicklungen in den therapeutischen Gesundheitsfachberuf - vom „Sackgassenberufe“ zu durchlässigen, modernen Bildungsstrukturen

Aus der dargelegten Historie der Berufe wird deutlich, dass durch die für sie vorgesehene Stellung im Gefüge der Gesundheitsversorgung keine beruflichen Weiterentwicklungen erwünscht waren und daher die Berufsstrukturen auch über lange Zeit keine Möglichkeiten des beruflichen Aufstieges im formalen Bildungssystem boten.

Momentan befinden sich die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in einer Umbruchphase und es werden unterschiedliche Wege begangen, die Durchlässigkeit in diesen Berufen zu erhöhen. Aber auch das Berufsbild selbst steht zur Diskussion und wie die Berufsausbildung zu modernisieren ist, um den Anforderungen, die heute an Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildungsgänge gestellt werden, gerecht zu werden, was im Folgenden näher erläutert wird.

4.1 Therapeutische Gesundheitsberufe als Bildungssackgasse

Die therapeutischen Gesundheitsfachberufe galten bislang als sogenannte „Sackgassenberufe“, da für diese Berufe aus ihrer historischen Gewordenheit und Positionen im Gesundheitssystem keine vertikal durchlässigen Bildungswege vorgesehen waren bzw. Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen sehr begrenzt wurden (vgl. Scherfer 2004, 48). Höhere berufliche Leitungspositionen waren weitgehend nur auf dem Weg einer langen Betriebszugehörigkeit sowie Kompetenzen und Zertifikaten zu erreichen, die außerhalb des formalen Bildungssystems erworben wurden.

Im Anschluss an eine berufliche Erstausbildung stehen die Angehörigen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe heute einer sehr heterogenen Weiterbildungslandschaft gegenüber. Im non-formalen Bildungsbereich gibt es eine Vielzahl an nicht oder kaum regulierten Fortbildungsangeboten von diversen Bildungsanbietern in unterschiedlicher Trägerschaft (vgl. Hilbert/Bräutigam/Evans 2014, 45). Diesem Weiterbildungsbereich kommt eine große Bedeutung zu, da im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 vom Gesetzgeber eine Verpflichtung aller zugelassenen Heilmittelberbringer eingeführt wurde, sich kontinuierlich fortzubilden. Dies haben die Heilmittelverbände und Spitzenverbände der Krankenkassen in der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V genauer geregelt und die regelmäßige Teilnahme an anerkannten non-formalen Zertifikatskursen zur Voraussetzung für die Zulassung bei den Krankenkassen gemacht. Bei nicht Einhalten kann dies bis zum Entzug der Kassenzulassung führen (vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie 2013, 9).

Im formalen Bildungssystem waren durchlässige Bildungswege in die akademische Bildung traditionell nicht vorgesehen und eine berufliche Weiterentwicklung konnte vor Einführung erster Studiengänge häufig nur über ein Hochschulstudium in einer anderen (Nachbar-)Disziplin erfolgen. Dies führte allerdings auch dazu, dass viele der ausgebildeten Therapeut(inn)en dem Berufsstand verloren gingen (vgl. Scherfer 2004, 48).

Ein durchgängiges und rechtlich einheitlich geregeltes Berufslaufbahnkonzept innerhalb des formalen Berufsbildungssystems, wie es bei den Ausbildungsberufen im dualen System gemäß BBiG/HwO etabliert wurde, besteht auf Basis dieser Weiterbildungsstruktur für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe somit bislang kaum (vgl. Zöllner 2012, 7f.).

Gerade bei den Gesundheits- und Sozialpflegeberufen wurde daher in der Vergangenheit auch vielfach „die begrenzte Anschlussfähigkeit an tertiäre Ausbildungsgänge [...] moniert“ (Baethge 2008, 581).

4.2 Durchlässigere Bildungswege in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen

Mittlerweile besteht für ausgebildete Physio- und Ergotherapeut(inn)en die Möglichkeit, eine landesrechtlich geregelte Fach- oder Funktionsweiterbildung im tertiären Bildungsbereich zu absolvieren (vgl. Zöller 2014, 11f.). Anders als für die Pflegeberufe für die es eine relativ hohe landesrechtliche Regelungsdichte gibt, ist dies für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe mit wenigen Ausnahmen (zum Beispiel die Weiterbildungsverordnung des Landes Sachsen zum/zur Fachphysiotherapeuten/-in für psychosoziale Medizin) jedoch nicht gegeben (vgl. Dielmann 2013, 171f.).

Insbesondere seit den 1990er Jahren ist es zu einer Ausweitung hochschulischer Ausbildungsangebote für die hier betrachteten therapeutischen Gesundheitsfachberufe gekommen. Dieser sich immer noch vollziehende Prozess wird befeuert durch unterschiedliche Entwicklungen im Gesundheitswesen, wie bspw. der demografische Wandel sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die zu quantitativ und qualitativ veränderten Qualifikationsbedarfen führten (vgl. Wissenschaftsrat 2012, 7f., 62f.). Aber auch Diskussionen um eine Ausbildung, die im europäischen Vergleich wettbewerbsfähig ist und den deutschen Berufsangehörigen Mobilität innerhalb von Europa ermöglicht, können als Treiber für den Ausbau hochschulischer Bildungsangebote in den therapeutischen Gesundheitsberufen identifiziert werden (vgl. Deutscher Bundestag 2016, 7). Beispielsweise ist im Vergleich mit anderen europäischen Bildungsabschlüssen in der Physiotherapie Deutschland neben Kroatien und Serbien-Montenegro das einzige Land, indem die Ausbildung nicht grundsätzlich auf der Ebene des tertiären Bildungssektors verortet ist (vgl. Klemme/Geuter/Willimczik 2007, 81).

Zu Beginn dieses Akademisierungsprozesses bestand das hochschulische Bildungsangebote für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe vor allem aus zertifizierten Weiterbildungsstudiengängen. Diese ermöglichen Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung und gegebenenfalls Berufserfahrung eine individuelle berufliche Weiterbildung auf akademischen Niveau (vgl. Wissenschaftsrat 2012, 57, 62). Ab 2001 begann dann der Aufbau ausbildungsintegrierender Studiengänge, die eine hochschulische Ausbildung mit einer Ausbildung an einer berufsbildenden Schule und kooperierenden Praxiseinrichtungen verzahnen (vgl. Wissenschaftsrat 2012, 58, 62).

Durch die sogenannten Modellklauseln im Physiotherapeuten- und Ergotherapeutengesetz ist es in den hier betrachteten therapeutischen Gesundheitsfachberufen seit 2009 darüber hinaus möglich, auch grundständige berufszulassende Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten zu konzipieren und zu erproben. Dabei sind die „Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme [...] jeweils von den Ländern festzulegen“ (§ 4 Abs. 6 ErgThG). Gleichwohl sind diese primärqualifizierenden Studiengänge ebenso wie die ausbildungsintegrierenden Studiengänge hinsichtlich der praktischen Ausbildung an die Vorgaben der jeweils bundesweit gültigen Berufsgesetze gebunden (vgl. Wissenschaftsrat 2012, 57f.). Die Erprobung dieser akademischen Erstausbildung war zunächst bis zum 31. Dezember 2017 befristet und wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert (vgl. Deutscher Bundestag 2016, 7). Über eine Verstetigung dieser akademischen Erstausbildung wurde bislang allerdings noch nicht abschlie-

ßend entschieden. Stattdessen wurden die vorhandenen Modellklauseln in den Berufsgesetzen zunächst bis zum Jahr 2021 verlängert, um die Prozesse weiterhin wissenschaftlich zu begleiten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2016).

Auf diese Weise ist in den letzten Jahren ein heterogenes Feld an verschiedenen hochschulischen Qualifizierungsmodellen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe entstanden, welches das traditionelle Modell der Berufsausbildung an Schulen des Gesundheitswesens erweitert.

Einerseits hat sich für die therapeutischen Gesundheitsberufe mit Einführung dieser akademischen Bildungsgänge eine Chance für durchlässigere Bildungswege (bis zur Promotion) aufgetan und damit ein Schritt heraus aus der historisch gewachsenen Tradition eines „Hilfsberufs“ möglich gemacht. Hier ist besonders auch das Modell der wechselseitigen Anrechnung von Ausbildungsanteilen aus der Berufsausbildung auf die akademischen Bildungsgänge von Bedeutung (vgl. Dielmann 2013, 176).

Andererseits wurde der Weg in die Akademisierung ähnlich gegangen, wie zuvor der Weg in die Verberuflichung: von „Inseln“ oder einzelnen Initiativen von Hochschulen ausgehend, ohne einheitliche Standards, Ausbildungsformate oder Curricula für die Verzahnung von beruflicher und akademischer Bildung. Dies stellt erneut einen Hemmschuh für eine einheitliche Weiterentwicklung der Berufe dar.

Mittlerweile wurde die Diskussion darüber, wie ein einheitliches zukunftsfähiges und durchlässiges Bildungskonzept in den therapeutischen Gesundheitsberufen aussehen soll, sowohl von politischer und wissenschaftlicher Seite als auch aus den Berufsverbänden selbst heraus verstärkt aufgenommen. So legte beispielsweise der deutsche Verband der Ergotherapeuten einen Entwurf eines Bildungskonzeptes vor, das neben einer grundständigen akademischen Ausbildung durchlässige Bildungswege über die berufliche Bildung an einer Berufsfachschule bis hin zur Promotion an einer Universität aufzeigt (vgl. Longrée/Junge 2014, 33). Auch im vom Bundesministerium für Gesundheit 2018 herausgegebenen „Eckpunktepapier zur Sicherung und Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung“ wird konstatiert, dass die organisatorische und inhaltliche Ausgestaltung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen auf den Prüfstand gestellt werden muss. Organisatorisch soll dafür ein Gesamtkonzept zusammen mit den Ländern entwickelt werden, das u. a. auch bedarfs- und praxisorientierte Strukturen, z. B. hinsichtlich der Regelungen zu erwerbender Zertifikate und die Frage nach der Akademisierung dieser Berufe klären soll. Inhaltlich wird darüber hinaus die Ausgestaltung der Ausbildung entlang von kompetenzorientierten Aufgabenprofilen als weiteres wichtiges Handlungsfeld genannt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018). Die inhaltlichen Diskussionen um Gegenstand, Ziel und Eigenständigkeit der Physiotherapie und Ergotherapie ist in den letzten Jahren zunehmend auch aus den Berufsständen selbst heraus, sowohl auf politischer als auch auf wissenschaftlicher Ebene, zu beobachten, wie im Folgenden erläutert wird.

4.3 Inhaltliche Neuausrichtung und Modernisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufen

Neben der Auseinandersetzung mit den strukturellen Bedingungen der Ausbildung wird zunehmend auch die Diskussion um den jeweiligen Berufsstand und dessen inhaltliche Weiterentwicklung und Professionalisierung geführt. Die wahrgenommenen Veränderungen der beruflichen Praxis durch veränderte Versorgungssituationen führen laut Richter zu einem Nachdenken über berufliches Handeln, das historisch gewachsen bislang geprägt war durch „eine zunehmende Anhäufung von relativ unstrukturiertem und oft wenig validem Wissen“ (Richter 2018, 213). Für die Physiotherapie beschreibt er seit den 1990 Jahren einen “Transformationsprozess, welcher als emanzipatorischer Akt fachlicher und institutioneller Loslösung von der ärztlichen Medizin verstanden werden kann“ (Richter 2018, 213).

Für die Ergotherapie beschreibt Hagedorn (2004, 17f.) die fachlich/inhaltliche Entwicklung für den Beruf als „evolutionären Prozess“. Historisch betrachtet steht im ersten Stadium dieses Modells der Berufsentwicklung die rein empirische Entwicklung von Berufspraktiken, die anhand praktischer Erfahrung getestet, weiterentwickelt und weitervermittelt werden. Im nächsten Stadium, einhergehend mit der „Verberuflichung“, werden Wissen und Fertigkeiten für den Berufsstand als „legitim“ akzeptiert, vereinheitlicht und als Standard der Ausbildung offiziell anerkannt und formalisiert (und rechtlich normiert, in diesem Fall durch die Verabschiedung des Berufsgesetzes). Im dritten Stadium erfolgt die Weiterentwicklung der Berufe auf Hochschulniveau. Es werden empirische, fachpraktische Systematiken wissenschaftlich hinterfragt und diskutiert sowie auf Basis eigener entwickelter Theorien und Modelle fundiert und begründet. Daraus sollen dann wiederum Erkenntnisse und Belege für die Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit abgeleitet werden können. Diese Suche nach eigenen Konzepten, Definitionen und Entwicklung eigener Theorien und Modelle sind laut Hagedorn entscheidende Bausteine in der Weiterentwicklung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe hin zu eigenständigen Professionen, auf deren Basis idealerweise dann eine akademische Ausbildung erfolgen könnte (vgl. Hagedorn 2004, 17f.).

Ähnlich argumentiert Richter (2018) für die Physiotherapie, die „sich auf den Weg vom Beruf zur Profession gemacht [hat]“ (ebd., 213). Auf Basis der „Veränderung der beruflichen Praxis durch veränderte Versorgungssituationen, eine zunehmende Anhäufung von relativ unstrukturiertem und oft wenig validem Wissen sowie gesellschaftlichen Legitimationszwängen“ (ebd., 213) muss über berufliches Handeln neu nachgedacht werden.

Nachdem sowohl die Ergotherapie als auch die Physiotherapie in ihren fast hundertjährigen Entwicklungen nahezu ohne verallgemeinernde und generalisierbare theoretische Grundlagen existierten, werden in diesen therapeutischen Gesundheitsfachberufen nun Anstrengungen unternommen, das berufliche Handeln auf ein neues wissenschaftliches Fundament zu stellen (vgl. Höppner/Richter 2018, 19). Berufliches Handeln, das sich bislang traditionell durch praktisches Handeln auszeichnete bzw. sich auf handlungsorientierte Erfahrung gründete, soll nun um eine wissenschaftsbasierte Dimension erweitert werden. Derzeitige Basis der Berufsausbildungen sind, wie oben erläutert, noch die veralteten Berufsgesetze sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.

Während im dualen Ausbildungssystem eine kontinuierliche Anpassung der Ausbildungsordnungen unter korporatistischer Beteiligung aller Akteure der Ausbildung an neue Gegebenheiten und Notwendigkeiten in den jeweiligen Berufen erfolgt (Dobischat 2010, 103), blieben die Berufsgesetze der therapeutischen Gesundheitsfachberufe mit wenigen Änderungen im Grunde ohne inhaltliche Anpassung an neuere Entwicklungen bis heute bestehen. Momentan steht die bereits in Angriff genommene Anpassung der Berufsgesetze in der Physiotherapie und Ergotherapie an die fachlichen, beruflichen und didaktischen Entwicklungen noch aus.

Die jeweils aktuellen Berufsgesetze legen noch, wie anfangs ausgeführt, lediglich Mindeststandards an Ausbildungsstunden und Ausbildungsinhalten fest, die curriculare Ausgestaltung obliegt jedoch darüber hinaus den jeweiligen Schulen bzw. primärqualifizierenden Hochschulen. Historisch betrachtet ergibt sich dies durch die anfangs erläuterte eingeschränkte Gesetzgebungskompetenz des Bundes, der hier ein Zulassungsgesetz erlassen hat, um Schaden von Patienten abzuwenden, was durch die Festlegung dieser Mindeststandards gesichert werden soll. So wird lediglich die staatliche Prüfung von den jeweiligen zuständigen Stellen überwacht, und geprüft, ob diese Mindeststandards eingehalten werden. Eine Ausrichtung der beruflichen Ausbildung an Kompetenzzielen, die an den aktuellen Anforderungen des Berufes ausgerichtet sind, wie sie in der dualen Ausbildung formuliert sind, findet sich jedoch noch nicht in diese Berufszulassungsgesetzen.

Leitziel einer dualen Berufsausbildung ist die berufliche Handlungskompetenz. Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) legt für den betrieblichen Teil dieser Ausbildung fest: „Berufsausbildung hat die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln“ (§ 1, Abs. 3 BBiG). Für den berufsschulischen Teil der Ausbildung hat die Kultusministerkonferenz (KMK) für die Rahmenlehrpläne ebenfalls die Erlangung von Handlungskompetenz als Leitziel festgeschrieben. Verstanden wird unter Handlungskompetenz „die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK 2011, 30).

Analog hierzu hat die KMK (2013) eine Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen herausgegeben, die Leitziele und Aufgaben von Berufsfachschulen benennt. Explizit werden die Berufsfachschulen für Berufe, die nach Bundesrecht geregelt sind, davon ausgenommen. Es sei denn, sie verleihen zusätzlich schulische Berechtigungen (vgl. KMK 2013, 4). Dies ist bei den berufsfachschulischen Ausbildungen in den hier betrachteten therapeutischen Gesundheitsfachberufen allerdings in der Regel nicht der Fall.

Betrachtet man die bundeseinheitlichen Berufsgesetze für die Ergotherapeut(inn)en und Physiotherapeut(inn)en, findet sich in diesen kaum Anhaltspunkte für zu erwerbende Kompetenzprofile oder eine Kompetenzorientierung. Lediglich im Berufsgesetz der Physiotherapeuten findet sich ein Passus zum Ziel der Ausbildung:

„Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen (Ausbildungsziel)“ (§ 8 MPhG).

In den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen werden die theoretischen und praktischen Unterrichtsinhalte festgeschrieben sowie die zu absolvierende Stundenanzahl der hinzukommenden praktischen Ausbildung (§ 1, Abs.1; Anlage 1 PhysTh-APrV; § 1, Abs. 1; Anlage 1 ErgThAPrV). Darüber hinaus findet sich der Vermerk, dass den Schüler(inne)n ausreichende Möglichkeit gegeben werden muss, um die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln und einüben zu können (§ 1, Abs. 3 PhysTh-APrV; § 1, Abs. 1 ErgThAPrV).

Explizite Ausbildungsziele lassen sich auch bei den Ergotherapeut(inn)en kaum ableiten. Stattdessen werden diese lediglich durch die Inhalte bestimmt. Auch die oben beschriebene Modellklausel in beiden Berufsgesetzen ändert nichts an den festgeschriebenen Inhalten. Es kommt zu keiner Erweiterung der Aufgaben. Vielmehr kommt es dem Gesetzgeber darauf an, festzustellen, „ob die Ausbildung in praktisch tätigen Berufen auch an Hochschulen Ziel führend ist und gegebenenfalls mit einer Qualitätsverbesserung einhergeht“ (Wissenschaftsrat 2012, 35).

Für das „Wie“ einer solchen Qualitätsverbesserung, das „Wie“ der Vermittlung der geforderten Fähigkeiten und Fertigkeiten oder dem angestrebten „Outcome“ (analog zur definierten beruflichen Handlungskompetenz für die dualen Ausbildungsberufe), geben die Berufsgesetze also kaum Antwort.

Genauere Aufgabenprofile auf Basis der rechtlichen Grundlagen für diese Berufe können so nur bedingt abgeleitet werden, sondern werden eher durch die vorherrschende Versorgungspraxis geprägt (vgl. Wissenschaftsrat 2012, 39).

Einen Anhaltspunkt gibt der Wissenschaftsrat, der auf Basis von Selbsteinschätzungen der Berufsverbände, Standards der Berufsinformationen der Bundesagentur für Arbeit und den Definitionen des Statistischen Bundesamtes Aufgabenprofile der Gesundheitsfachberufe dargestellt hat (vgl. ebd., 39). Für die Physiotherapie wird beschrieben:

„Physiotherapeutinnen und -therapeuten erarbeiten anhand ärztlicher Verordnungen und eigener Befunderhebungen Behandlungspläne für Patientinnen und Patienten, deren körperliche Bewegungsmöglichkeiten auf Grund hohen Alters, einer Krankheit, Verletzung oder Behinderung eingeschränkt sind. Sie führen entsprechende Maßnahmen durch (z. B. Bewegungstherapie mit und ohne Geräte, Atem-, Elektro-, Wärmetherapie, Massagen), die auch vorbeugend eingesetzt werden können. Physiotherapeutisches Handeln zielt primär auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Beweglichkeit.“ (ebd., 41)

Analog wird für die Ergotherapie beschrieben:

„Ergotherapeutinnen und -therapeuten beraten, behandeln und fördern Patientinnen und Patienten jeden Alters, die durch eine physische oder psychische Erkrankung, durch eine Behinderung oder durch eine Entwicklungsverzögerung in ihrer Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sind oder werden können. Sie erarbeiten individuelle Behandlungspläne und führen Therapien sowie Maßnahmen der Prävention durch. Ergotherapeutisches Handeln zielt primär auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Alltagsbetätigungen“ (ebd., 41).

Die aus unterschiedlichen Berufstraditionen entstandenen Aufgabenverteilungen im Gesundheitswesen sind hier laut Wissenschaftsrat (2012, 42) immer noch stark an den historisch gewachsenen beruflichen Hierarchien ausgerichtet, wobei Ärzte bislang eine exklusive, delegierende Rolle eingenommen haben. Die Komplexität in der Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahrzehnten jedoch stark gestiegen, was zu einer weiteren Ausdifferenzierung der einzelnen Berufe führt (vgl. ebd., 42). Für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe eröffnen sich hier neue Chancen der Neuordnung ihrer Berufsstrukturen, die aber vor dem Hintergrund der Historie dieser Berufe gesehen werden müssen, um die Hürden auf dem Weg zu einem neuen Berufsbild und Platz im Berufsbildungssystem besser einordnen zu können.

5 Fazit

Die vorherigen Ausführungen machen deutlich, dass die Berufsbildung bzw. „Verberuflichung“ der therapeutischen Gesundheitsfachberufe einen langen, historischen Prozess durchlaufen hat und mit der Erprobung neuer Aus- und Weiterbildungsformaten mitnichten abgeschlossen ist. Um den beruflichen Anforderungen in der heutigen gewandelten Gesellschaft mit ihren Herausforderungen im Bereich der Gesundheit und Pflege gerecht werden zu können, bedarf es einer inhaltlich hochqualifizierte Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen, die Absolventinnen und Absolventen auf diese Aufgaben angemessen vorbereitet.

Welchen weiteren Weg die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in ihrer beruflichen Entwicklung gehen werden, ist noch nicht klar. Neben der Forderung nach einer Vollakademisierung dieser Berufe durch die großen Berufsverbände gibt es auch Szenarien, die beide Wege der Berufsbildung nebeneinander bestehen lassen wollen und die Durchlässigkeit bzw. Anschlussfähigkeit beider Bildungswege erhöhen möchten. Hier ist ein Anfang gemacht. Durch die Heterogenität der Bildungswege ist jedoch eine einheitliche, standardisierte und qualitativ gleichwertige Aus- und Weiterbildung nach wie vor nicht gegeben. Beachtet werden muss hier auch, dass diese Berufe in ihrer Tradition im Sekundarbereich II angesiedelt sind und Inhabern eines mittleren Bildungsabschlusses offen stehen. Gerade für sie sind durchlässige Bildungswege und Anschlussfähigkeit in den tertiären Bildungssektor von Bedeutung. Es muss die Frage nach einem einheitlichen standardisierten und durchlässigen Bildungskonzept innerhalb des formalen Bildungssystems noch beantwortet und rechtlich verankert werden.

Für beide Berufe erscheint es auf der Inhaltsebene zwingend notwendig, eine an die Anforderungen der Versorgungsbedarfe der Bevölkerung angepasste Ausbildungsbasis zu schaffen,

die einen einheitlichen Qualitätsstandard und Ausbildung beruflicher Handlungsfähigkeit garantiert. Offene Fragen bleiben damit die Standardisierung der Ausbildung mit einheitlichen Curricula, die verbindliche Inhalte über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus festschreiben, sowie eine sinnvolle Verzahnung von beruflicher und akademischer Bildung mit dem Ziel, die Durchlässigkeit zwischen beiden Systemen zu erhöhen.

Weiterhin bleiben auch die Autonomiebestrebungen der Berufe, die sich aus dem Status der Semiprofessionen zu befreien suchen, mit diesen Fragen verbunden. Eine weitere Professionalisierung der Berufe müsste auch mit einer Erweiterung des Verantwortungsbereiches einhergehen. Dafür müsste dann wiederum die Ausbildung so angepasst werden, dass Absolventinnen und Absolventen auf diese Verantwortungsübernahme auch optimal vorbereitet werden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Autonomiebestrebungen im historisch gewachsenen System medizinischer Versorgung mit Professionen und Semiprofessionen umsetzbar sein werden.

Literatur

Baethge, M. (2008): Das berufliche Bildungswesen in Deutschland am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Cortina, K. S./Baumert, J./Leschinsky, A./Mayer, K.U./Tromme, L. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen und Entwicklungen im Überblick. Reinbek bei Hamburg, 541-597.

BBiG (2005): Berufsbildungsgesetz vom 23.März 2005 (BGBl.I.S.931), das durch Artikel 14 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl.I.S.2581) geändert worden ist.

Bollinger, H./Gerlach, A. (2015): Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands – zur Reifikation soziologischer Kategorien. In: Pundt, J./Kälble, K. (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen, 83-103.

BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Berufsbildungsforschung: Band 15. Bonn. Online: https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf (12.05.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Neuregelungen im Jahr 2017 im Bereich Gesundheit und Pflege. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/neuregelungen-2017.html> (14.07.2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Eckpunktepapier Sicherung und Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/180917_Eckpunktepapier_Heilmittel.pdf (16.03.2019).

Darmann-Finck, I. (2015): Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen – auf dem Weg zu einer Agenda. In: *bwp@* Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich, hrsg. v. Weyland, U./Kaufhold, M./Nauerth, A./Rosowski, E., 1-15. Online: http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf (11.05.2019).

Deutscher Bundestag (2016): Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (BT-Drucksache 18/9400 vom 19.08.2016). Online: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf> (14.07.2017).

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2013): Fortbildungsverpflichtung: Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) einigt sich mit Ersatzkasse. In: PT Journal, März 2013, 8-9.

Dielmann, G. (2013): Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem - eine Übersicht. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven - Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, 148-176. Online: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (14.07.2017).

Dobischat, R. (2010): Schulische Ausbildung im Gesamtsystem der beruflichen Bildung. Herausforderungen an der Übergangspassage von der Schule in den Beruf. In Bosch, G./Krone, S./Langer, D. (Hrsg.): Das Berufsbildungssystem in Deutschland. Aktuelle Entwicklungen und Standpunkte. Wiesbaden, 101-125.

Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung. Frankfurt a.M., New York.

ErgThAPrV: Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2. August 1999 (BGBl. I S. 1731), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

ErgThG: Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 17a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H. et al. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift. Supplement Nr. 2 137. Jahrgang. Stuttgart. 29-76.

Feller, G. (1998): Wurzeln der Berufsfachschulen: Entstehung schulischer Berufsausbildung im Kontext gesellschaftlicher Entwicklung. In: Die berufsbildende Schule, 50, H. 10, 292-296.

Friese, M. (2014): Care Work: Professionalisierung der Berufsbildung und Lehramtsausbildung. In: berufsbildung – Zeitschrift für Praxis und Theorie in Betrieb und Schule, 68, H. 148, 2-5.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2347) geändert worden ist.

Hagedorn, R. (2004): Praxismodelle der Ergotherapie. In: Jerosch-Herold, C./Marotzki, U./Hack, B. M./Weber, P. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, 15-26.

Hilbert, J./Bräutigam, C./Evans, M. (2014): Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen. In: WSI Mitteilungen, 67, H. 1, 43-51.

Hippach-Schneider, U./Krause, M./Woll, C. (2007): Berufsbildung in Deutschland: Kurzbeschreibung (Cedefop Panorama series Nr. 136). Luxemburg.

Höppner, H./Richter, R. (2018): Denkwerkzeuge: Theorien und Modelle. In: Höppner, H./Richter, R. (Hrsg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. Bern, 19-29.

Hüter-Becker, A. (2004): Geschichte der Physiotherapie. In: Hüter-Becker, A./Dölken, M. (Hrsg.): Beruf, Recht, Wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart, New York, 5-32.

Klemme, B./Geuter, G./Willimczik, K. (2007): Physiotherapie - über eine Akademisierung zur Profession. In: physioscience, H. 3, 80-87.

KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2011): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Berlin. Online: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf (12.03.2018).

KMK - Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2013): Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 17.10.2013). Online: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/2013_10_17-RV-Berufsfachschulen.pdf (16.03.2018).

Kohlwes, H. (2009): Ein Beruf für höhere Töchter. In: physiopraxis, 7, H. 10, 40-42.

Konsortium Bildungsberichterstattung. (2006): Bildung in Deutschland: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld.

Krüger, H. (2003): Berufliche Bildung. Der deutsche Sonderweg und die Geschlechterfrage. In: Berliner Journal für Soziologie, 13, H. 4, 497-510.

Krüger, H. (2004): Zur Datenlage vollzeitschulischer Berufsausbildung. In: Baethge, M./Buss, K.-P./Lanfer, C. (Hrsg.): Expertisen zu den konzeptionellen Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht - Berufliche Bildung und Weiterbildung/lebenslanges Lernen. Berlin, 141-164.

Kubny-Lüke, B. (2000): Geschichte der Ergotherapie. In: Scheepers, C./Steding-Albrecht, U./Jehn, P. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. 2. Aufl. Stuttgart, 11-17.

Longrée, A./Junge, I. (2014): Das DVE-Bildungskonzept. In: ET Reha, 53, H. 12, 32-35.

Marquardt, M. (2004): Geschichte der Ergotherapie: 1954-2004. Idstein.

MPhG: Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 17d des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.

PhysTH-APrV: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), die zuletzt durch Artikel 27 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

Richter, R. (2018): Modelle der Theorie-Praxis-Beziehung in der Physiotherapie. In: Höppner, H./Richter, R. (Hrsg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. Bern, 213-229.

Scherfer, E. (2004): Akademisierung der Ausbildung in Physiotherapie – Bestandsaufnahme und Orientierungshilfe. In: Hüter-Becker, A./Dölken, M. (Hrsg.): Beruf, Recht, Wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart, New York, 47-64.

Trappe, H. (2006): Berufliche Segregation im Kontext: über einige Folgen geschlechtstypischer Berufsentscheidungen in Ost- und Westdeutschland. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 58, H. 1, 50-78.

Wetterer, A. (Hrsg.) (1995): Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen. Frankfurt a. M.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. (Drs. 2411-12). Berlin. Online: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (12.03.2018).

Zöllner, M. (2012): Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 41, H. 6, 6-10.

Zöllner, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick: Neues Serviceangebot des BIBB (Wissenschaftliche Diskussionspapiere Nr. 153). Bonn. Online: unter <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/7369> (14.07.2017).

Zöllner, M. (2015): Schulische Ausbildungsgänge – eine unterschätzte Größe in der Berufsbildung. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 44, H. 5, 52-54.

Dieser Beitrag wurde dem *bwp@*-Format: **BERICHTE & REFLEXIONEN** zugeordnet.

Schlüsselwörter: *Sackgassenberuf, Physiotherapie, Ergotherapie, Berufsstruktur, Verberuflichung, Durchlässigkeit*

Zitieren dieses Beitrages

Betting, C./Neu, A. (2019): (Aus)Bildungsstrukturen in den Therapieberufen – vom „Sackgassenberuf“ zu neuen durchlässigeren Bildungswegen in der Aus- und Weiterbildung – historische Einblicke. In: *bwp@* Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 36, 1-21. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe36/betting_neu_bwpat36.pdf (24.06.2019).

Die Autorinnen



CHRISTINE BETTING

FernUniversität in Hagen, Lehrgebiet Lebenslanges Lernen,

Universitätsstr. 33 (KSW), 58097 Hagen

Christine.Betting@fernuni-hagen.de

http://www.fernuni-hagen.de/KSW/portale/ifbm/lebenslanges_lernen/



ARIANE NEU

FernUniversität in Hagen, Lehrgebiet Lebenslanges Lernen

Universitätsstr. 33 (KSW), 58097 Hagen

Ariane.Neu@FernUni-Hagen.de

http://www.fernuni-hagen.de/KSW/portale/ifbm/lebenslanges_lernen/