

Lisa Gödecker, Bettina Shamsul, Birgit Babitsch

► Zukünftig erforderliche Kompetenzen für Angehörige der Gesundheitsberufe – Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes zur Erfassung aktueller und zukünftiger Anforderungen im Kontext der Weiterbildung

Das Gesundheitswesen steht vor Veränderungen der Versorgungsstrukturen infolge demografischer Entwicklungen, des medizinischen und technischen Fortschritts sowie rechtlicher Rahmenbedingungen. Das Teilprojekt „Neue Kompetenzbereiche von Gesundheitsberufen für eine zukünftige Versorgung“ (ZuVeKo) des Verbundvorhabens „Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens“ (KeGL) analysiert neue Aufgabenfelder und Anforderungen mit dem Ziel, empirisch begründete, bedarfsorientierte, akademische Weiterbildungen zu entwickeln. Hierzu wurden im ersten Schritt die Heilerziehungspflege als pflegerischer/pädagogischer Beruf und die Physiotherapie als therapeutischer Beruf ausgewählt. Zur Erfassung neuer Aufgabenfelder und Anforderungen wurden verschiedene empirische Zugänge genutzt, u. a. eine quantitative Befragung von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, Arbeitgebern und weiteren Experten und Expertinnen. Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente erfolgte mittels eines Zwei-Phasen-Pretesting. Hierdurch konnte eine deutliche Verbesserung des Fragebogens und der Inhaltsvalidität erzielt werden.

1. Einleitung

Die Gesundheitsberufe stehen vor neuen Anforderungen durch Veränderungen im Gesundheitswesen. Diese werden zum einen bedingt durch den demografischen Wandel und gehen mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbiditäten einher. Zum anderen tragen der medizinische Fortschritt und veränderte Versorgungsstrukturen zur Entwicklung neuer Aufgabengebiete bei (vgl. GÖRRES 2013, S. 19 ff.). Vor diesem Hintergrund nehmen die Bedarfe an Pflege, Dienstleistungen und Beratungen im Gesundheitsbereich zu. Erschwerend kommt der zunehmende Kostendruck auf Institutionen des Gesundheitswesens hinzu (vgl. BALS/DIELMANN 2013, S. 177 ff.).

Das Verbundprojekt „Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens“ (KeGL) geht auf die skizzierten Veränderungen und die daraus resultierenden Kompetenzanforderungen für Angehörige der Gesundheitsberufe ein. KeGL wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ gefördert. Im Teilprojekt „Neue Kompetenzbereiche von Gesundheitsdienstberufen für eine zukünftige Versorgung“ (ZuVeKo) werden derzeitige und zukünftige neue Anforderungen zunächst exemplarisch für die Heilerziehungspflege und die Physiotherapie untersucht, um empirisch begründete akademische Weiterbildungsmodulare zu entwickeln. Ein zentrales Ziel von ZuVeKo ist es zu überprüfen, welche neuen Aufgabengebiete und Kompetenzanforderungen – vor dem Hintergrund von Veränderungen der Berufspraxis – entstehen. Dabei wird sowohl für die Empirik als auch für die darauffolgende Entwicklung von bedarfsorientierten Weiterbildungsangeboten ein partizipativer Ansatz gewählt. Dieser Artikel beschreibt für die erste quantitative Erhebung, wie durch den Einsatz der Methode kognitiver Interviews zur Validierung von Fragebögen die Perspektiven der Berufsangehörigen integriert wurden und welchen Beitrag dies für die Qualität der Erhebungsinstrumente hatte.

Im Projekt wird auf die Heilerziehungspflege und die Physiotherapie fokussiert. Die Auswahl begründet sich darin, dass hierdurch verschiedene Tätigkeitsfelder und unterschiedliche gesellschaftliche wie auch systemische Veränderungen beleuchtet werden können.

Im zweiten Kapitel wird auf das dem Projekt KeGL zugrunde liegende Kompetenzverständnis eingegangen. Um einen Einblick in die Ausgangssituation der Heilerziehungspflege und der Physiotherapie zu gewinnen, wird in Kapitel 3 ein Profil der beiden Berufe dargestellt. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf den Tätigkeitsgebieten und normativen Ausbildungsbedingungen. In Kapitel 4 „Neue Anforderungen im Gesundheitswesen“ wird gezeigt, dass sich demografische Entwicklungen und neue gesetzliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen auf die Berufspraxis der beiden Berufe auswirken und zu Veränderungen von Tätigkeitsfeldern und Anforderungen führen. Anschließend erfolgt in Kapitel 5 ein Überblick über die methodische Vorgehensweise des Teilprojektes ZuVeKo. Das Kapitel enthält eine Darstellung der im Projekt eingesetzten Fragebögen für Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Arbeitgeber, Personen der Aus-, Fort-, Weiterbildung, Leistungsträger, Berufsverbände und Forschung, die im Rahmen des Projektes zum Einsatz kommen. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 7. Das Fazit (Kapitel 8) greift noch einmal die Bedeutung partizipativer Forschungsmethoden bei der empirischen Analyse von Weiterbildungsbedarfen auf.

2. Zugrunde liegendes Kompetenzverständnis

Das Projekt KeGL bezieht sich auf das Kompetenzverständnis des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). Der DQR als nationaler Qualifikationsrahmen hat zur Aufgabe, das deutsche Bildungssystem systematisch darzustellen. Der Kompetenzbegriff hat im DQR eine zentrale Rolle, da der DQR das wesentliche Ziel des deutschen Bildungssystems, „den Lernenden den Erwerb einer umfassenden Handlungsfähigkeit zu ermöglichen“ (BMBF 2016), unterstützt. Insbesondere wird betont, dass der DQR nicht lediglich Fertigkeiten, sondern die Fähigkeit und Bereitschaft zu fachlichem und verantwortungsvollem Handeln einschließt. Die Lernergebnisse, die durch eine Qualifikationsmaßnahme erzielt werden, werden auf fachlicher und persönlicher Ebene betrachtet. Daher werden im DQR als übergeordnete Kompetenzkategorien die Fachkompetenz und die personale Kompetenz beschrieben (vgl. BMBF 2016).

Da auch die personalen Faktoren im Kompetenzverständnis des DQR Berücksichtigung finden, wurden von Beginn an Berufsangehörige der Heilerziehungspflege bzw. der Physiotherapie einbezogen (vgl. BMBF 2016). Ziel dabei war unter anderem sicherzustellen, dass aus Sicht der Berufsangehörigen die Befragungsinstrumente und damit auch die Projektergebnisse berufsspezifische Aspekte zur Identifizierung von Kompetenzen möglichst weitreichend enthalten. Im Projekt wurden daher zunächst die Berufe analysiert sowie die diskutierten Anforderungen, Rahmenbedingungen und gesetzlichen Veränderungen thematisiert. Dadurch sollte ein Einblick in das jeweilige Berufsfeld entstehen, der es ermöglicht, in der empirischen Phase bereits die Bedarfe und Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe zu adressieren.

3. Berufsprofile ausgewählter Berufe

Die Heilerziehungspflege wird von der Kultusministerkonferenz (KMK) zum Sozialwesen gezählt (vgl. KMK 2002, S. 21); da die Berufspraxis jedoch einen hohen pflegerischen Anteil beinhaltet, lässt sie sich auch den Gesundheitsberufen zurechnen (vgl. SHAMSUL u. a. 2015, S. 3). Exemplarisch wurden die Heilerziehungspflege und die Physiotherapie ausgewählt, da sie sich in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens bewegen. Aktuelle gesetzliche Veränderungen betreffen beide Berufsgruppen und können zu neuen Aufgaben führen.

Die folgende Kurzbeschreibung beider Berufe soll einen Überblick über das Berufsprofil und rechtliche Rahmenbedingungen der Ausbildungen geben, da die im Rahmen dieses Artikels vorgestellte Befragung der Berufsgruppen Implikationen für zukünftige Qualifizierungen ermöglichen wird.

Heilerziehungspflege

Heilerziehungspfleger/-innen stärken die Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger, körperlicher, seelischer oder Mehrfachbehinderung aller Altersgruppen. Sie begleiten die Betrof-

fenen im Alltag und fördern ihre Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (vgl. KARIMI 2009, S. 16 f.). Heilerziehungspfleger/-innen sollen Fachwissen mit pädagogischen und pflegerischen Kenntnissen verknüpfen (vgl. VOGLER 2010, S. 30). Zu ihrem Aufgabengebiet gehören Pflege- und Betreuungsaufgaben wie hygienisches Arbeiten und Unterstützung bei der Körperpflege sowie die Mitwirkung bei Therapie- und Fördermaßnahmen wie beim Erstellen von Hilfeplänen. Einsatzorte für die Berufsgruppe der Heilerziehungspfleger/-innen sind vielfältig: Sie arbeiten in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung, bei ambulanten sozialen Dienste, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, in Einrichtungen der Tagesbetreuung und Frühförderung oder in Schulen oder Kindergärten (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015a).

Die erste Ausbildung im Bereich der Heilerziehungspflege startete 1958 in der Anstalt Steuten in Baden-Württemberg mit einem Ausbildungsgang, der den Berufsabschluss der Heilerziehungspflege trug (vgl. EBERT u. a. 2013, S. 27). Staatlich anerkannte Fachschulen der beruflichen Weiterbildung bilden inzwischen Heilerziehungspfleger/-innen in einer meist dreijährigen, mindestens jedoch zweijährigen Ausbildung aus (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015a). Es gibt keine einheitliche Bundesgesetzgebung für die Ausbildung in der Heilerziehungspflege. Laut KMK-Richtlinie umfasst die Ausbildung bei einer dreijährigen Ausbildung ca. 2.400 fachtheoretische Unterrichtsstunden und 1.200 Stunden Fachpraxis (vgl. KMK 2002, S. 24). Da die Ausbildung auf Landesebene geregelt ist, können die Bedingungen der Ausbildung, aber auch die Inhalte zwischen den Ländern variieren. Es gibt 13 verschiedene Lehrpläne für die Heilerziehungspflege, erstellt zwischen den Jahren 2003 (Niedersachsen) und 2015 (Schleswig-Holstein). Ein Lehrplan ist derzeit in Bearbeitung (Bremen), zwei Länder verweisen auf den Lehrplan des Landes Niedersachsen (Berlin, Brandenburg) (vgl. SHAMSUL u. a. 2015, S. 6 ff.).

Physiotherapie

Die Berufsbezeichnung Physiotherapeut/-in wird im Rahmen einer bundesweit geregelten dreijährigen Ausbildung, die an Berufsfachschulen für Physiotherapie stattfindet, erworben (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015b). Zum Aufgabenspektrum eines/einer Physiotherapeuten/-therapeutin zählen die Bereiche der Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie die palliative Versorgung (vgl. DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE [ZVK] e.V. 2015). In der Regel werden Personen behandelt, bei denen aufgrund verschiedener Ursachen (Krankheit, Behinderung, Verletzung, hohes Alter) Störungen des Bewegungsapparates, des zentralen oder peripheren Nervensystems, Erkrankungen der inneren Organe oder der Psyche vorliegen (vgl. ZVK 2015; BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015b). Bei der Physiotherapie handelt es sich um eine Bewegungstherapie auf der Grundlage der Physiologie und Pathologie, bei der spezielle Behandlungstechniken der physikalischen Therapie, wie Massagen, Elektrotherapie, Kälte- oder Wärmebehandlungen, genutzt werden.

Physiotherapeutinnen und -therapeuten können in Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Krankenhäuser, Arztpraxen, physiotherapeutische Praxen, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege von Menschen mit Be-

hinderung, arbeiten. Die Berufsgruppe kann aber teilweise auch in den Bereichen Sport (Sportstätten) und Wellness (Wellnesshotels) beruflich aktiv sein (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015b; ZVK 2015).

Die Physiotherapie zählt zu den 18 Heilberufen, die bundeseinheitlich gesetzlich geregelt und verankert sind (vgl. BOLLINGER 2012, S. 13).

Die grundlegenden, bundesweit geltenden Gesetze sind das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). Im MPhG werden unter anderem die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und deren Voraussetzungen geregelt (§ 1 Absatz 1 MPhG) sowie Aussagen zur Ausbildungsdauer und zum Aufbau gemacht (MPhG, Abschnitt 3.4). Weitere Vorgaben zum Umfang des theoretischen und praktischen Anteils der Ausbildung beinhaltet die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PhysTh-APrV). Darin wird definiert, dass die Ausbildung mindestens 2.900 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 1.600 Stunden praktische Ausbildung umfasst (§ 1 PhysTh-APrV). Über diese Vorgaben hinausgehend ist es den Bundesländern möglich, eigene Curricula/Lehrpläne/Richtlinien zu erstellen; acht Bundesländer haben, nach Auskunft der zuständigen Ministerien, bisher davon Gebrauch gemacht. Die Curricula sind an der PhysTh-APrV ausgerichtet.

4. Neue Anforderungen im Gesundheitswesen

Wie bereits eingangs kurz skizziert stehen die Gesundheitsberufe und die Gesundheitsversorgung vor erheblichen und zum Teil tief greifenden Veränderungen. Infolge des demografischen Wandels sehen sie sich mit einer wachsenden Zahl alter und sehr alter Menschen sowie einer Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, häufig in Kombination mit einer Pflegebedürftigkeit, konfrontiert. Zudem verlagert sich die Versorgung immer stärker auf das häusliche Setting (vgl. GÖRRES 2013, S. 20 f.). Weitere soziale Einflussgrößen der Gesundheitsversorgung sind: geringere familiäre Unterstützungsressourcen, eine stärkere Selbstbestimmung vonseiten der Nutzer/-innen des Gesundheitssystems, eine Zunahme jüngerer Menschen mit Behinderung, die einen höheren gesundheitlichen Versorgungsbedarf haben, sowie ein wachsender Anteil von alten Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. ebd., S. 21 ff.). Auch der technologische Fortschritt erhält einen zunehmenden Stellenwert für die Handlungsfelder der Gesundheitsberufe. Es wird erwartet, dass Aspekte wie Telemedizin oder Ambient Assisted Living eine zunehmende Rolle für die Versorgung spielen (vgl. ebd., S. 26). Sowohl die Heilerziehungspflege als auch die Physiotherapie werden von den genannten Entwicklungen tangiert.

Im Mittelpunkt der beruflichen Tätigkeit von Heilerziehungspflegern und -pflegerinnen stehen Menschen mit Behinderung. Deren Lebenserwartung hat sich in den letzten Jahren aufgrund einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung erhöht. Mit zunehmendem Alter treten allerdings auch bei ihnen altersbedingte Erkrankungen auf (vgl. HAVEMAN u. a. 2010;

EVENHUIS u. a. 2001). Neben einer Zunahme somatischer Erkrankungen wird – ebenso wie in der Allgemeinbevölkerung – für Menschen mit Behinderung ein Anstieg psychischer Erkrankungen wie Demenz prognostiziert (vgl. GÖRRES 2013, S. 22). Dabei scheinen zum Beispiel Menschen mit Downsyndrom ein erhöhtes Erkrankungsrisiko zu haben (vgl. KRUSE 2010, S. 291). Die Begleitung von erkrankten alten Menschen mit Behinderung stellt die Heilerziehungspflege vor besondere Anforderungen (vgl. GUSSET-BÄHRER 2012, S. 150 ff.). Neben der Pflege von Menschen mit Behinderung im Krankheitsfall gewinnt für die Heilerziehungspflege auch das Thema palliative Versorgung an Gewicht. Heilerziehungspfleger/-innen begleiten erstmals eine Generation alter Menschen mit Behinderung, die sich in Krankheits- und Sterbephasen befinden. Eine Ursache hierfür findet sich in dem durch die Nationalsozialisten verübten Genozid (MAY 2015, S. 18).

Das Thema palliative Versorgung von Patientinnen und Patienten gewinnt auch für die Physiotherapie an Raum (ZVK 2015). Seit 2001 gibt es bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin den Arbeitskreis Physiotherapie und seit 2012 die Sektion Physiotherapie (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN O. J. a). Inzwischen gibt es bereits Weiterbildungen für Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Bereich Palliative Care (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN O. J. b).

4.1 Veränderungen der Versorgungsstrukturen

Neben den demografischen Entwicklungen beeinflussen auch Veränderungen der Versorgungsstrukturen die Anforderungen an die Gesundheitsberufe. Neue Gesetze können zu neuen Aufgabengebieten führen. Im Bereich der Heilerziehungspflege als auch der Physiotherapie entstehen durch das neue GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) Änderungen der Versorgungsstrukturen. Im Folgenden erfolgt eine exemplarische Darstellung von neuen Anforderungen für das Berufsfeld der Heilerziehungspflege und der Physiotherapie durch aktuelle Gesetze.

Das **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz** (am 23.7.2015 in Kraft getreten) sieht die Schaffung interdisziplinär ausgerichteter medizinischer Behandlungszentren für die Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung vor (§ 119c SGB V). Erwachsene mit geistiger oder Mehrfachbehinderung haben laut Gesetz Anspruch auf nicht ärztliche sozialmedizinische Leistungen durch die Behandlungszentren (§ 43b SGB V). Hier kann sich ein neues Betätigungs- und Anforderungsfeld für Heilerziehungspfleger/-innen ergeben, das erweiterte Kompetenzen im Bereich der Beratung erfordert. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält eine Aufforderung an den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Richtlinien für die Behandlung von Rückenleiden zu entwickeln (§ 137f Absatz 1 SGB V). Möglicherweise ergeben sich daraus Auswirkungen auf die Berufspraxis der Physiotherapie.

Das **Präventionsgesetz** (am 1.1.2016 in Kraft getreten) ermöglicht, gesundheitsfördernde Projekte in Lebenswelten, wie Kindergärten, am Arbeitsplatz oder auch in Wohn-

heimen, aufzubauen (§ 20a Absatz 2 SGB V). Es eröffnet die Möglichkeit, dass beispielsweise für Menschen mit Behinderung am Setting orientierte gesundheitsfördernde Projekte in Werkstätten, in Wohnheimen oder in Einrichtungen der ambulanten Versorgung gefördert und umgesetzt werden. Bisher wird der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention jedoch nur geringfügig in den Ausbildungsrichtlinien der Länder für die Heilerziehungspflege berücksichtigt (vgl. SHAMSUL u. a. 2015). Dem Bereich Prävention wird auch in der Physiotherapie eine zunehmende Rolle zugesprochen. So dient der Erhalt von Bewegungs- und Funktionsfähigkeit der Prävention von Erkrankungen (vgl. EWERS u. a. 2012, S. 47).

Das **Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)** wurde am 5.11.2015 vom Bundestag beschlossen. Laut HPG können Menschen mit Behinderung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine umfassende Beratung und Planung zu Unterstützungsangeboten für die palliative Versorgung erhalten (§ 132g SGB V). Durch diese Unterstützung kann der Verbleib sterbender Menschen mit Behinderung in ihrer gewohnten Umgebung erleichtert werden. Heilerziehungspfleger/-innen werden infolgedessen in Kooperation mit Palliativ-Pflegekräften, Medizinerinnen oder auch Physiotherapeuten und -therapeutinnen zunehmend Menschen mit Behinderung in der letzten Lebensphase begleiten.

In der Patientenleitlinie Palliativmedizin werden auch die Physiotherapeutinnen und -therapeuten als Beteiligte an der palliativen Versorgung angeführt (vgl. „LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE“ 2015, S. 20). Im Gegensatz zur Physiotherapie im kurativen Setting sind Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Onkologie beispielsweise zur Unterstützung und Erleichterung der Mobilität, bei der Milderung von Symptomen oder bei der Beratung zu Lagerungstechniken und Hilfsmittlempfehlungen tätig (HIRSMÜLLER/SCHRÖER 2014, S. 15).

Weiterhin nimmt der Aspekt der Berufsautonomie für die Physiotherapie einen zentralen Stellenwert in den aktuellen Diskussionen ein. In Modellversuchen wird eine Blankoverordnung schon umgesetzt (vgl. HARTOGH 2012; RÄBIGER 2014). Sollten Direktzugang und Blankoverordnung Eingang in die gesetzliche Regelung der Versorgung finden, würden sich daraus neue Kompetenzanforderungen an die Physiotherapie ergeben.

Damit Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten neue Aufgaben, die durch demografische Entwicklungen und Veränderungen der Versorgungsstrukturen entstehen, adäquat erfüllen können, sind Anpassungen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung nötig. Im folgenden Kapitel wird die Methodik erläutert, die im Rahmen des Projektes zur Identifizierung von neuen Anforderungen und zur Soll-Ist-Analyse von vermittelten und geforderten Kompetenzen in beiden Berufen eingesetzt wird.

5. Methodik im Projekt ZuVeKo

Ziel der Forschung im Teilprojekt ZuVeKo ist es zu identifizieren, welche neuen Kompetenzen die Angehörigen der Berufe Heilerziehungspflege und Physiotherapie benötigen, diese mit

Kompetenzen, die in der Ausbildung vermittelt werden, abzugleichen und vor dem Hintergrund der Anforderungen in der Gesundheitsversorgung zu reflektieren und zu priorisieren. Dies erfolgte unter enger Einbeziehung von Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Ermöglicht wird damit die zu vermittelnden Kompetenzen eines infrage kommenden Weiterbildungsmoduls an der (beruflichen) Handlungsfähigkeit zu orientieren.

Dazu wird eine Soll-Ist-Analyse auf der Grundlage von Forschungsliteratur, gesetzlichen Rahmenbedingungen, landesrechtlichen Verordnungen und Rahmenrichtlinien der Länder zu beiden Berufen und Berufsausbildungen erstellt.

Darüber hinaus nutzt das Projekt ZuVeKo eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen (Multimethodenansatz), die es ermöglicht, Kompetenzanforderungen und -bedarfe darzustellen sowie die Ergebnisse durch eine Analyse der Rahmenbedingungen zu vertiefen und zu priorisieren. Dabei werden auf der Grundlage einer quantitativen Befragung Themenbereiche identifiziert und durch qualitative Interviews weiter spezifiziert. Es kommt ein partizipativer Ansatz, unter Einbeziehung von Berufstätigen, Arbeitgebern und weiteren Expertinnen und Experten der Berufsgruppen, zum Tragen.

Table 1: Multimethodenansatz des Forschungsprojektes ZuVeKo

1. Literaturrecherche	2. Quantitative Erhebung	3. Qualitative Erhebung	4. Triangulation der Ergebnisse	5. Expertenrunden
Analyse von Literatur, Gesetzen, Lehrplänen, Berufsverbandspositionen	Validierungsphase: Zwei-Phasen-Pretesting Feldphase: Online-Erhebung	Experteninterviews	Quantitative und qualitative Ergebnisse, Ableitung von Kompetenzanforderungen	Priorisierung der ermittelten Kompetenzen

Quelle: eigene Darstellung

6. Entwicklung eines neuen Instruments

Zur Entwicklung eines neuen Erhebungsinstruments verfolgten die Forscherinnen den Ansatz, angelehnt an die partizipative Qualitätsentwicklung (vgl. WRIGHT u. a. 2012, S. 24 ff.), die Zielgruppe der Befragung an der Entwicklung des Instruments zu beteiligen und ihnen zu ermöglichen, ihre berufspraktischen Erfahrungen und ihr Wissen in die Gestaltung der Fragen und Items einzubringen. Dieser Ansatz erschien besonders sinnvoll, da für die beiden Berufsgruppen nicht auf bestehende Instrumente zurückgegriffen werden konnte. Das Ziel war es, Fragebögen zu entwickeln, die von den Befragten und von den Forscherinnen auf gleiche Weise verstanden werden. Der Einsatz des „Zwei-Phasen-Pretesting“ (PRÜFER/REXROTH 2000, S. 2) ermöglichte die Partizipation der Zielgruppe und Sicherung der Inhaltsvalidität.

Aufbauend auf den Rechercheergebnissen und Analysen der Fachliteratur, Curricula, gesetzlichen Veränderungen und politischen Diskussionen wurde zunächst eine erste Fragenbogenversion für berufstätige Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten erstellt. Anschließend wurde der Fragebogen für Arbeitgeber, Personen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Leistungsträger, Berufsverbände und Forschung konzipiert.

Die für die Validierung gewählte Methode des „Zwei-Phasen-Pretesting“ umfasst kognitive Interviews und einen Standard-Pretest. Diese Methode verknüpft die Stärken der kognitiven Verfahren mit den Stärken des Standard-Pretests. Daher lassen sich sowohl Aussagen zum Fragenverständnis als auch zur Handhabbarkeit der Fragebögen treffen (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 2). Im Erstellungsprozess wurden zudem die Kriterien des Fragebogenbewertungssystems herangezogen (vgl. hierzu FAULBAUM/PRÜFER/REXROTH 2009, S. 114 ff.).

Die Fragebögen für Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten umfassen Einschätzungen zur Ausbildung, die Erfragung von Situationen im Berufsalltag, in denen die Berufsangehörigen mit ihren derzeitigen Kompetenzen an ihre Grenzen stoßen, Hinweise zur Passung von Inhalten der Ausbildung und Anforderungen der Berufspraxis, Erkenntnisse zu derzeitigen und zukünftigen neuen Aufgabenprofilen und zu eventuell schon bestehenden Berufszuschnitten. Erfragt werden Vorlieben und Wünsche zu Weiterbildungsformaten. Die Formulierungen der Fragebögen sind an das Verständnis des jeweiligen Berufes angepasst. Ein Beispiel hierfür ist die Verwendung des Begriffs Klient/-in (Heilerziehungspflege) und Patient/-in (Physiotherapie). Zudem unterscheiden die Fragebögen verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Ausbildungsstätte, zur derzeitigen Tätigkeit und hinsichtlich spezieller Items zur derzeitigen und zukünftigen beruflichen Situation.

Die Fragebögen für Arbeitgeber, Personen der Aus-, Fort-, Weiterbildung, Leistungsträger, Berufsverbände und Forschung beider Berufe entsprechen überwiegend den Fragebögen für Arbeitnehmer/-innen und unterscheiden sich dadurch, dass Fragenbereiche, die die Erfahrungen aus der persönlichen Berufspraxis betreffen, nicht enthalten sind und Frageformulierungen an die Zielgruppe angepasst wurden. Ergänzt wurde eine Frage zur Art der Institution, in der die interviewte Person für die jeweilige Berufsgruppe tätig ist.

Entsprechend den beiden Berufen gibt es für beide Fragebögen zwei Versionen.

Die Umsetzung der kognitiven Interviews und des Standard-Pretests im Teilprojekt ZuVeKo wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

6.1 Kognitive Interviews

Kognitive Interviews werden eingesetzt, um kognitive Prozesse, die bei der Beantwortung eines Fragebogens einfließen, aufzudecken. Das Ziel kognitiver Interviews ist es, das Frage- und Begriffsverständnis der Interviewten aufzuklären, die Informationsgewinnung aus dem Gedächtnis nachzuvollziehen, den Entscheidungsweg zur gegebenen Antwort und die Zuordnung der eigenen Antworten zu den vorgegebenen Kategorien nachzuvollziehen (vgl.

PRÜFER/REXROTH 2005, S. 3 f.). Kognitive Interviews scheinen im Vergleich zum Standard-Pretest insbesondere Formulierungsschwierigkeiten aufzeigen zu können (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 8). Interviews mit Angehörigen der Zielgruppe eignen sich zur Überprüfung der Inhaltsvalidität. Sie liefern Hinweise zur Sprach- und Lebenswelt der Zielgruppe, die bei der Formulierung von Items berücksichtigt werden können (vgl. PENTZEK u. a. 2012, S. 521).

Die beiden hauptsächlich verwendeten Techniken in den kognitiven Interviews des Teilprojektes sind die verschiedenen Varianten des „probing“ und des „think aloud“. Beim „think aloud“ lassen sich zwei verschiedene Varianten einsetzen:

- ▶ „Concurrent think aloud“: Der/Die Interviewte wird vor der Beantwortung einer Frage dazu aufgefordert, laut mitzudenken und die Gedanken, die zur Antwort führen, laut auszusprechen,
- ▶ „Retrospective think aloud“: Nachdem der/die Interviewte die Frage beantwortet hat, wird er/sie aufgefordert, alle Gedanken laut zu formulieren, die zur Beantwortung geführt haben (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 8).

Bei der Methode des sogenannten „probing“, des Hinterfragens der gegebenen Antworten, sind vier Varianten zu unterscheiden:

- ▶ „Special comprehension probing“: gezieltes Nachfragen nach speziellen Begriffen oder Aspekten,
- ▶ „Information retrieval probing“: Nachfrage nach dem Weg der Informationsbeschaffung,
- ▶ „Category selection probing“: Der/Die Interviewte wird um eine Begründung der gewählten Antwortkategorie gebeten,
- ▶ „General probing“: Es wird eine allgemeine Nachfrage zum Verständnis gestellt (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 7).

Vor der Entscheidung für die jeweilige kognitive Technik wurde im Projektteam unter Berücksichtigung des Fragebogenbewertungskatalogs (vgl. FAULBAUM/PRÜFER/REXROTH 2009, S. 114 ff.) eine Einschätzung zu Schwächen der jeweiligen Fragen vorgenommen. Bei Fragen, bei denen Schwierigkeiten im Begriffsverständnis erwartet wurden, wurde die Technik des „special comprehension probing“ eingesetzt. Bei Fragen, bei denen die Entscheidung für einen bestimmten Skalenwert von Interesse war, wurde das „category selection probing“ verwendet. Bezüglich eventueller Problembereiche von Fragen kam das „concurrent“ oder „retrospective think aloud“ zum Einsatz. Bezüglich eines generellen Verständnisses von Fragen wurde die Technik des „general probing“ gewählt (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 12).

Für die Durchführung der kognitiven Interviews wurde explizit ein Evaluationsfragebogen erstellt. Er umfasst sowohl die Fragen des eigentlichen Fragebogens als auch die entsprechenden kognitiven Techniken, mit denen die Frage überprüft wurde. Außerdem bietet der Evaluationsfragebogen die Möglichkeit, die spontane Reaktion der Testperson, die Antworten und Reaktionen auf die kognitiven Fragen sowie Anmerkungen des Testleiters zu dokumentieren (vgl.

PRÜFER/REXROTH 2005, S. 21). Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend die Dokumentation im Evaluationsfragebogen durch die digitale Aufnahme vervollständigt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. hierzu MAYRING 2010). Für jedes der Interviews wurden die Aussagen paraphrasiert und den jeweiligen Bereichen und einzelnen Fragen des Fragebogens zugeordnet sowie tabellarisch dokumentiert. In einem zweiten Schritt wurden auf Grundlage der Interviews Kategorien gebildet, die einen Überblick über die Rückmeldungen zu den Fragen und Items ermöglichten und die Schwerpunkte der Fragebogenvalidierung und Überarbeitung auf der Grundlage der kognitiven Interviews abbildet.

6.2 Standard-Pretest

Im Anschluss an die kognitiven Interviews wurde entsprechend dem Konzept des Zwei-Phasen-Pretesting ein Standard-Pretest mit den Online-Versionen der Fragebögen durchgeführt (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 12; HÄDER 2015, S. 397). Der Zielgruppe entsprechende Personen wurden per E-Mail gebeten, über einen Link den jeweiligen Online-Fragebogen auszufüllen. Insgesamt beteiligten sich von 24 kontaktierten Personen 13 Personen an dem Pretest. 8 Personen nutzten die Möglichkeit, die Fragen online zu kommentieren. Die Standard-Pretests deckten Schwierigkeiten in der Handhabung, technische Mängel sowie Schwächen im Bereich der Fragesukzession auf, die anschließend behoben wurden.

7. Ergebnisse der kognitiven Interviews

Die kognitiven Interviews erfolgten im Teilprojekt ZuVeKo im Zeitraum von August bis Oktober 2015. Insgesamt wurden zehn kognitive Interviews geführt. Drei Interviews erfolgten jeweils mit Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen der Heilerziehungspflege und der Physiotherapie. Zudem gab es jeweils zwei Interviews mit Vertretern/Vertreterinnen von Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, aus der Forschung sowie Arbeitgeber der beiden Berufe. Nach den ersten beiden Interviews wurden am Fragebogen für Arbeitnehmer/-innen Formulierungsanpassungen vorgenommen und mit den veränderten Versionen weitere kognitive Interviews geführt. Eine zweite und dritte Anpassungsrunde erfolgte nach dem sechsten und zehnten Interview.

Die Tabelle 2 verdeutlicht, dass Bemerkungen der Interviewteilnehmer/-innen vor allem der Kategorie „Probleme mit Worten/Texten“ zuzuordnen sind. Hier gab es 24 Anmerkungen zu 14 Fragen oder Worten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden Begriffe ausgetauscht und Erläuterungen zu Fachbegriffen eingefügt. Dies war bei folgenden Begriffen der Fall: Patientenedukation, Patientensicherheit, evidenzbasiertes Arbeiten und E-Health. Im Fragebogen für Physiotherapie wurde zudem der Begriff Clinical Reasoning und im Fragebogen für Heilerziehungspflege der Begriff Palliative Versorgung erklärt.

Tabelle 2: Auswertungsergebnisse kognitive Interviews

Antwortkategorie	Anzahl der problematischen Fragen	Rückmeldungen eingeordnet nach Antwortkategorien	Erfolgte Änderungen
Kontext der Fragen/Fragensukzession	2	4	Vereinfachte präzisere Formulierungen
Antwortskalen/Items	7	10	Ergänzen & Streichen von Items
Komplexität der kognitiven Leistung	3	7	Vereinfachen von Erklärungen & Strukturen
Probleme mit Worten/Texten	14	24	Einfügen von Erläuterungen, Verändern von Begriffen
Kategorien „Weiß nicht“ und „Nein“	2	2	Ergänzen von Items
Nicht intendierte Nebeneffekte	1 & Gesamtfragebogen	3	Verändern der Reihenfolge von Items, Löschen von Fragen
Gesamt	29	50	

Quelle: eigene Darstellung

Zehn Anmerkungen gab es bei der Kategorie „Antwortskalen/Items“. Bei dieser Antwortkategorie wurden entsprechend den Interviews Items einzelner Fragen ergänzt oder auch gestrichen. Die sieben Äußerungen der Interviewteilnehmer/-innen, die zur Kategorie „Komplexität der kognitiven Leistung“ gehören, regten das Vereinfachen und Erklären von Strukturen der Fragebögen an oder auch das Streichen einzelner Fragen. Beispielsweise wurde aufgrund der Rückmeldungen eine Frage zur Berücksichtigung der Anforderungen der Berufspraxis bei Weiterbildungsangeboten gestrichen. Zu präziseren Formulierungen oder zum Streichen von projektiven Aufforderungen der Fragebögen führten vier Äußerungen der Interviewpartner/-innen. Sie wurden der Kategorie „Kontext der Fragen“ zugeordnet. Zwei kognitive Interviews verdeutlichten, dass bei zwei Fragen „Weiß nicht“/„Nein“-Items ergänzt werden sollten. Nicht intendierte Nebeneffekte gab es bei einer Frage, die die Motivation zur Teilnahme an einer Weiterbildung erfragt. Zum Beispiel reagierten Interviewpartner/-innen aus dem Bereich Physiotherapie verärgert darauf, dass das Item „Finanzielle Besserstellung“ an erster Stelle platziert war. Sie begründeten ihren Unmut damit, dass für Physiotherapeutinnen und -therapeuten eine Teilnahme an Weiterbildungen Voraussetzung für die Berufstätigkeit sei, ohne dass sich die selbst finanzierten Weiterbildungen auf die Vergütung auswirken würden. Die Interviewpartner/-innen schlugen vor, das Item an die letzte Stelle der Antwortmöglichkeiten zu setzen, um negative Assoziationen zu verhindern.

Interessanterweise zeigt sich, dass ein Begriff, bei dem die Autorinnen Verständnisprobleme vermutet hatten, in allen Interviews einheitlich und in Übereinstimmung mit der Intention der Autorinnen verstanden wurde. Nach der Beantwortung der Frage „Welche Kompetenzen benötigen Sie für die Bewältigung ihres derzeitigen beruflichen Alltags?“ wurden die

Interviewpartner/-innen gefragt, was sie unter dem Begriff Kompetenzen verstehen (Technik: „special comprehensive probing“). Die Antworten zeigen, dass die Frage unverändert und ohne ergänzende Begriffsklärung beibehalten werden kann.

Die folgenden Beispiele sollen verdeutlichen, welche Interviewtechnik bei den kognitiven Interviews gewählt wird, wie es im Evaluationsfragebogen dokumentiert wird und inwieweit die kognitiven Interviews zu Änderungen des Fragebogens führten. Die folgenden Beispiele sind zudem den Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung zugeordnet.

Abbildung 1: Darstellung eines Interviewergebnisses im Evaluationsfragebogen, Kategorie „Antwortskalen/Items“

<i>Kognitive Interviews, Methode: category selection probing</i>					
31	Wie bewerten Sie hinsichtlich Ihrer <u>zukünftigen</u> Klientel folgende Aussagen?				
	Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile genau eine Antwortmöglichkeit an.	Bereits jetzt spürbar	Erwarte ich in 5 Jahren	Erwarte ich in 10 Jahren	Erwarte ich nicht
	In meiner persönlichen Berufspraxis nehmen <u>zukünftig</u> bei meiner Klientel folgende Merkmale zu.				
	_1 Mehrfacherkrankungen	X <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_2 Chronische körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₁	X <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_3 Chronische psychische Erkrankungen	X <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_4 Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	X <input type="checkbox"/> ₄
	_5 Schwerstmehrfachbehinderungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	X <input type="checkbox"/> ₄
	_6 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_7 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<i>Category selection probing: Auch bei dieser Frage interessiert mich, warum Sie sich für diese Antworten/Kategorien entschieden haben?</i>					
Notizen aus kognitivem Interview:					
Antwort auf die Frage	Spontane Reaktion der Testperson	Antworten/Reaktionen auf die kognitiven Fragen/ Techniken		Anmerkungen des Testleiters	
31	Begründet nach Aufforderung	„Ich finde es schwer zu sagen, was erwartet mich in 5 oder 10 Jahren“ „Psychische Erkrankungen – das wird mehr werden; mir wäre es angenehm, wenn man beides ankreuzen könnte“		Schwierigkeiten mit Antwortformat	
Quelle: eigene Darstellung					

Für die Frage zu Merkmalen der Klientel in den Fragebögen für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Heilerziehungspfleger/-innen wurde die Methode „category selection probing“ gewählt (Abbildung 1). Diese Technik wurde eingesetzt, da geklärt werden sollte, ob die Unterteilung der Prognose in „bereits jetzt spürbar“, „erwarte ich in 5 Jahren“, „erwarte

Bei der Frage „Welches Format sollte eine Fort-/Weiterbildung haben, damit eine Teilnahme für Sie möglich ist?“ wurde die Interviewtechnik „general probing“ gewählt. Der Hintergrund ist, dass durch das kognitive Interview geklärt werden sollte, ob das Verständnis bei den einzelnen Items der Frage das gleiche ist wie bei den Autorinnen des Fragebogens. Es zeigte sich, dass einzelne Begriffe für die Interviewpartner/-innen unklar waren. Bei dem vorliegenden Beispiel kreuzt der/die Interviewpartner/-in Abendveranstaltung an, auf die Frage, warum er/sie sich für die Antwort entschieden hat, erklärt er/sie diesen Begriff. Anschließend bemerkt er/sie, dass der Begriff Präsenzveranstaltung unklar ist. Weiterhin ist dem Interviewpartner/der Interviewpartnerin der Unterschied zwischen einer Tagesveranstaltung und einer Veranstaltung in der Woche nicht eindeutig. Auf Nachfrage wird betont, dass der Begriff „tagsüber“ verständlicher sei. Entsprechend diesem Ergebnis des kognitiven Interviews werden die Items verändert zu: „Veranstaltung an festen Wochentagen“ sowie „Veranstaltungen tagsüber“. Aufgrund der Antworten weiterer kognitiver Interviews wurde das Item „an verschiedenen Wochentagen“ ergänzt. Der Einsatz der Technik des „general probing“ konnte aufdecken, dass es eine fehlerhafte Übereinstimmung beim Verständnis einzelner Begriffe gab. Das kognitive Interview wurde genutzt, um Veränderungen bei Begriffen des Fragebogens direkt mit einem Vertreter der Zielgruppe abzustimmen.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass die kognitiven Interviews Problembereiche des Fragebogens verdeutlichten, die auch im Vorfeld als eventuell problematisch eingestuft wurden, dementsprechend gab es zu diesen Bereichen auch vorbereitete Evaluationstechniken. Sie regten aber auch Veränderungen bei einzelnen Items oder Strukturen an, die bis dahin als verständlich eingestuft worden waren.

8. Fazit

Veränderungen des Gesundheitswesens lassen es erforderlich erscheinen, die Qualifikationen der Angehörigen der Gesundheitsberufe an die neuen Anforderungen anzupassen. Im Projekt ZuVeKo werden derzeitige und eventuelle zukünftige Anforderungen empirisch erhoben, einem Soll-Ist-Vergleich unterzogen und auf dieser Basis akademische Weiterbildungsangebote entwickelt. Eine Partizipation von Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten gehört zur methodischen Ausrichtung des Projektes. Die Ergebnisse zeigen, dass die in der ersten Phase eingesetzte kognitive Methode die Möglichkeit bietet, Berufsangehörige und weitere Expertinnen und Experten wirkungsvoll bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes zu beteiligen. Erst durch die kognitiven Interviews war es möglich, ein gemeinsames Verständnis der Fragebögen zu entwickeln. Dadurch erhöhte sich die Inhaltsvalidität der Fragebögen. Das Ergebnis korrespondiert mit den Aussagen von POHONTSCH und MEYER (2015, S. 53 ff.) zum Einsatz kognitiver Interviews zur Validierung von Erhebungsinstrumenten. Weiterhin eröffnen die kognitiven Interviews die Chance, die Instrumente an das Verständnis der Berufsgruppe anzupassen und damit eine höhere Akzeptanz zu erreichen.

Die in der zweiten Phase eingesetzten Standard-Pretests konnten die Validierung der Online-Fragebögen hinsichtlich der Benutzerfreundlichkeit sinnvoll ergänzen. Daher ist es empfehlenswert, die für die Erfassung neuer Kompetenzen von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu entwickelnden Erhebungsinstrumente mittels des Zwei-Phasen-Pretesting zu validieren. Die kognitiven Interviews erhöhen dabei die Inhaltsvalidität und decken Schwierigkeiten im Verständnis auf, der Standard-Pretest ergänzt sinnvoll die Überprüfung der Handhabbarkeit.

Das Zwei-Phasen-Pretesting erscheint zunächst aufwendig. Im Projekt ZuVeKo wurden dafür zwei Monate benötigt. Dadurch konnten die eingesetzten Fragebögen vor dem Hintergrund des Verständnisses der Berufsangehörigen optimiert werden, was einen beträchtlichen Mehrwert für die Aussagekraft der Forschungsergebnisse mit sich bringt. Das Ziel, empirisch begründete und den Bedarfen angepasste akademische Weiterbildungsmodule zu entwickeln, wird durch den Einsatz der kognitiven Interviews bzw. des Zwei-Phasen-Pretesting unterstützt.

Die Ergebnisse der Befragung werden Hinweise liefern, aus welchen derzeitigen und zukünftigen Aufgabenfeldern der Heilerziehungspflege und Physiotherapie sich Impulse sowohl für die Ausbildung als auch für Weiterbildungen ableiten lassen.

Literatur

- AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN (PHYSTH-APRV) vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), zuletzt geändert durch Artikel 13 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html> (Zugriff: 21.12.2015)
- BALS, Thomas; DIELMANN, Gerd: Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems. In: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013, S. 177–191. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- BOLLINGER, Heinrich: Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: BOLLINGER, Heinrich; GERLACH, Anke; PFADENHAUER, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 3. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main 2012, S. 13–30
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. (2015a). Steckbrief Heilerziehungspfleger/-in. URL: <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/bkb/9127.pdf> (Zugriff: 04.01.2016)
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. (2015b). Steckbrief Physiotherapeut/in. URL: <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/bkb/8750.pdf> (Zugriff: 04.01.2016)

- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF). (2016). Wie ist der DQR aufgebaut? URL: <http://www.dqr.de/content/2314.php> (Zugriff: 04.07.2016)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN. (o. J. a). Sektion Physiotherapie. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-physiotherapie.html> (Zugriff: 14.01.2016)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN. (o. J. b). Weiterbildungen Physiotherapie. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/weiterbildungen-physiotherapie.html> (Zugriff: 14.01.2016)
- DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE (ZVK) e.V. (2015). Was Physiotherapie ist und was sie leistet. URL: <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/berufsbild.html> (Zugriff: 04.01.2016)
- EBERT, Barbara; GÖTTKER-PLATE, Norbert; KAMENDE, Ulrike; LÜDKE, Uwe; PONTIUS, Nicole; STRACKE-MERTES, Ansgar: Heilerziehungspflege: Ein Studienbuch in Modulen – Band 1. Hamburg 2013
- EVENHUIS, Heleen; HENDERSON, C. Michael; BEANGE, Helen; LENNOX, Nicholas; CHICOINE, Brian: Healthy ageing – adults with intellectual disabilities: Physical health issues. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, (2001) 14, S. 175–194
- EWERS, Michael; GREWE, Tanja; HÖPPNER, Heidi; HUBER, Walter; SAYN-WITTGENSTEIN, Friederike; STEMMER, Renate; VOIGT-RADLOFF, Sebastian; WALKENHORST, Ursula: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, (2012) 137 Supplement 2, 8/6, S. 37–73
- FAULBAUM, Frank; PRÜFER, Peter; REXROTH, Margrit: Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragebogenqualität. Wiesbaden 2009
- GESETZ ÜBER DIE BERUFE IN DER PHYSIOTHERAPIE (MASSEUR- UND PHYSIOTHERAPEUTENGESETZ – MPHG) vom 26. Mai 1994, zuletzt geändert durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html> (Zugriff: 21.12.2015)
- GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DER PRÄVENTION (PRÄVENTIONSGESETZ – PRÄVG) vom 17. Juli 2015. URL: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27\]__1450794234192](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27]__1450794234192) (Zugriff: 22.12.2015)
- GESETZ ZUR STÄRKUNG DER VERSORGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ – GKV-VSG). (2015). URL: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s_1211.pdf#_bgbl_%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27\]__1450792694992](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s_1211.pdf#_bgbl_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27]__1450792694992) (Zugriff: 22.12.2015)
- GESETZ ZUR VERBESSERUNG DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG (HPG) vom 5. November 2015. URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/hpg-bt-23-lesung.html> (Zugriff: 22.12.2015)

- GÖRRES, Stefan: Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarf. In: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- GUSSET-BÄHRER, Sinikka: Herausforderung Demenzerkrankungen. Zur Begleitung und Pflege von demenzerkrankten Menschen in der Behindertenhilfe. In: Teilhabe, (2012) 4, S. 148–153
- HÄDER, Michael: Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden 2015
- HARTOGH, Annette: Berufliche Chancen studierter Physiotherapeuten. In: Physikalische Therapie in Theorie und Praxis, (2012) 33 (4), S. 141–142 und 33 (5), S. 185–188
- HARTOGH, Annette: Berufliche Chancen studierter Physiotherapeuten. In: Physikalische Therapie in Theorie und Praxis, (2012) 33 (5), S. 185–188
- HAVEMAN, Meindert; HELLER, Tamar; LEE, Lynette; MAASKANT, Marian; SHOOSHTARI, Shahin; STRYDOM, Andre: Major Health Risks in Aging Persons With Intellectual Disabilities: An Overview of Recent Studies. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, (2010) 1, S. 59–69
- HIRSMÜLLER, Susanne; SCHRÖER, Margit: Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: SCHNELL, Martin W.; SCHULZ, Christian: Basiswissen Palliativmedizin. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg 2014, S. 11–21
- KARIMI, Alamara: Entwicklung und Implementierung neuer curriculärer Elemente in der Heilerziehungspflege. Ein Beitrag zur Kompetenzerhaltung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Frankfurt am Main 2009
- KRUSE, Andreas: Ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Anforderungen und Perspektiven der Heilpädagogik in der Gerontologie. In: VHN, (2010) 4, S. 285–299
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK). (2015). Rahmenvereinbarung über Fachschulen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.11.2002 i. d. F. vom 25.06.2015. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2002/2002_11_07-RV-Fachschulen.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- „LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE“ DER ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN e.V., DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT e.V. UND DER STIFTUNG DEUTSCHE KREBSHILFE. (2015). Patientenleitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. URL: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/Patientenleitlinie_Palliativmedizin.pdf (Zugriff: 04.01.2015)
- MAY, Michael: Palliativ Care für Menschen mit Behinderung im stationären Kontext. In: HEP-Informationen. Zeitschrift des Berufsverbands Heilerziehungspflege in Deutschland e.V., (2015) 3, S. 18
- MAYRING, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel 2010

- PENTZEK, Michael; WOLLNY, Anja; HERBER, Oliver R.; PORST, Rolf; ICKS, Andrea; ABHOLZ, Heinz-Harald; WILM, Stefan (2012): Itemkonstruktion in sequentiellen Mixed-methods-Studien. Methodenbeschreibung anhand eines Beispielprojekts. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. URL: <https://www.online-zfa.de/article/itemkonstruktion-in-sequenziellen-mixed-methods-studien/originalarbeit-original-papers/y/m/1339> (Zugriff: 19.12.2016).
- POHONTSCH, Nadine; MEYER, Thorsten: Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. In: Die Rehabilitation, (2015) 1, S. 53–59
- PRÜFER, Peter; REXROTH, Margrit (2005): Kognitive Interviews. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/How_to15PP_MR.pdf (Zugriff: 15.06.2017)
- PRÜFER, Peter; REXROTH, Margrit (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- RÄBIGER, Jutta: Mehr Therapiefreiheit für Physiotherapeuten – erste Erfolge eines Modellprojekts von IKK und VPT. In: Physikalische Therapie, (2014) 2, S. 49–50
- SHAMSUL, Bettina; GÖDECKER, Lisa; MIELEC, Monika; VON MOELLER, Karin; BABITSCH, Birgit: Herausforderungen für Gesundheitsberufe am Beispiel der Heilerziehungspflege und Medizinischen Fachangestellten aus einer vergleichenden Perspektive. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) 29, S. 1–21. URL: http://www.bwpat.de/ausgabe29/shamsul_et_al_bwpat29.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- SOZIALGESETZBUCH (SGB) FÜNFTE BUCH (V) – GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff: 16.12.2016)
- VOGLER, Stefan: Vergleich zwischen den sächsischen Lehrplänen der Altenpflege und Heilerziehungspflege in Bezug auf die pflegerische Handlungskompetenz. Norderstedt 2010
- WRIGHT, Michael T.; BLOCK, Martina; VON UNGER, Hella; KILIAN, Holger: Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: WRIGHT, Michael T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern 2012, S. 13–32

© 2017 by Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn
Herausgeber: Bundesinstitut für Berufsbildung, 53142 Bonn
Internet: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen>

GÖDECKER, Lisa; SHAMSUL, Bettina; BABITSCH, Birgit:
Zukünftig erforderliche Kompetenzen für Angehörige
der Gesundheitsberufe – Entwicklung eines
Erhebungsinstrumentes zur Erfassung aktueller und
zukünftiger Anforderungen im Kontext der
Weiterbildung.

In: WEYLAND, Ulrike; REIBER, Karin (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven
in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder.
Bonn 2017, S. 165-183



Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative Commons Lizenz

(Lizenztyp: Namensnennung – Keine kommerzielle Nutzung – Keine Bearbeitung – 4.0 Deutschland).

Das Werk wird durch das Urheberrecht und/oder einschlägige Gesetze geschützt. Jede Nutzung, die durch diese Lizenz oder Urheberrecht nicht ausdrücklich gestattet ist, ist untersagt. Weitere Informationen finden Sie im Internet auf unserer Creative Commons-Infoseite: <https://www.bibb.de/cc-lizenz>