



**AUFBAU UND KOORDINIERUNG
EINES EUROPÄISCHEN
PFLEGEEXPERTENNETZWERKES
ZUR AUSBILDUNG VON**

»HEALTHCARE ASSISTANTS«


contec
Bochum | Berlin | Stuttgart | München


IEGUS.
for better health and care

(SANCO/01/2009)

Impressum



contec GmbH
Die Management- und Unternehmensberatung
der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

BioMedizinZentrum-Ruhr
Universitätsstraße 136
44799 Bochum

fon +49 234 4 52 73-0
fax +49 234 4 52 73-99
info@contec.de
www.contec.de



IEGUS
Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH
Reinhardtstraße 31
10117 Berlin

fon +49 30 9 83 12 22-4
fax +49 30 9 83 12 22-5
mail@iegus.eu
www.iegus.eu

Produktion: Die Setzer., www.diesetzer.de
Grafik & Layout: Soner Ipekcioglu

Ausschlussklausel:

Dieses Projekt wurde von der Europäischen Kommission kofinanziert. Der Inhalt dieses Berichtes stellt ausschließlich die Meinung der Auftragnehmer und der beteiligten Experten dar und reflektiert in keiner Weise die Sichtweise der Europäischen Kommission oder einer ihrer Behörden. Die Europäische Kommission garantiert weder die Exaktheit der Daten in diesem Bericht noch übernimmt sie Verantwortung gegenüber Dritten bei der Verwendung dieser Daten. Die englische Originalversion dieses Berichtes kann unter www.hca-network.eu heruntergeladen werden.

AUFBAU UND KOORDINIERUNG
EINES EUROPÄISCHEN
PFLEGEEXPERTENNETZWERKES
ZUR AUSBILDUNG VON

»HEALTHCARE
ASSISTANTS«

(SANCO/01/2009)

Dr. Grit Braeseke

contec GmbH, Deutschland

Jessica Hernández

IEGUS GmbH, Deutschland

Juliane Birkenstock

ZAB – Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH,
Deutschland

Prof. Jacqueline Filkins

Independent Advisor, Vereinigtes Königreich

Dr. Uwe Preusker

Preusker Healthcare Ltd OY, Finnland

Gertrud Stöcker

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Deutschland

Prof. Ludmila Waszkiewicz

Medical University Wroclaw, Polen

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Zusammenfassung | 06 |
| 2. Hintergrund und Ziele des Projektes | 07 |
| 3. Projektaufbau | 09 |
| 3.1. Datenerhebung..... | 12 |
| 3.2. Die HCA-Datenbank | 13 |
| 4. Projektergebnisse | 14 |
| 4.1. Definition der Zielgruppe des Projektes | 14 |
| 4.2. Eckpunkte der HCA-Ausbildung in Europa | 14 |
| 4.3. Unterstützung informell Pflegender | 27 |
| 5. Empfehlungen zur HCA-Ausbildung und zur Beschäftigung | 29 |
| 5.1. Struktur der Empfehlungen | 29 |
| 5.2. Die Empfehlungen | 30 |
| Die Struktur der Ausbildung | 30 |
| Lehrplan (Curriculum)..... | 33 |
| Assessment- bzw. Prüfungsmethoden..... | 35 |
| Zugang, Entwicklung und Aufstiegschancen (Durchlässigkeit)..... | 38 |
| Registrierung..... | 41 |
| Kompetenzen..... | 43 |
| Die Beziehung zwischen HCAs und Pflegefachkräften | 48 |
| EU-Mobilität für HCAs..... | 50 |
| Unterstützung informell Pflegender durch HCAs..... | 52 |
| 6. Fazit – Vorschläge zum weiteren Vorgehen | 54 |
| 7. Glossar | 57 |
| 8. Bibliografie | 61 |
| 8.1. Allgemeine Literatur | 61 |
| 8.2. Länderspezifische Literatur | 62 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Teilnehmende Länder und Mitglieder des Pflegeexpertennetzwerkes | 10 |
| 2. Die Struktur der Informationen über HCA in der Datenbank | 12 |
| 3. Teilnehmende Länder mit offizieller Regulierung | 16 |
| der Ausbildung/-sinhalte | |
| 4. Teilnehmende Länder mit offizieller Regulierung und Registrierung | 18 |
| 5. Teilnehmende Länder mit offiziellem Lehrplan und Prüfungen/Examen | 20 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Projektpartner | 09 |
| 2. Teilnehmende Länder und deren Bevölkerung | 10 |
| 3. Kategorien der HCA-Datenbank | 13 |
| 4. Hauptaspekte der HCA-Ausbildung | 15 |
| innerhalb der teilnehmenden Länder | |
| 5. Ausbildungsfinanzierung | 23 |
| 6. Anforderungen an internationale Arbeitskräfte | 25 |
| 7. Zugangsvoraussetzungen | 26 |

1. Zusammenfassung

Im Auftrag der Europäischen Kommission, DG SANCO, hat die contec GmbH in Zusammenarbeit mit Partnern aus Finnland, Deutschland, Polen und dem Vereinigten Königreich von 2010 bis 2013 das Projekt »Aufbau und Koordinierung eines europäischen Pflegeexpertennetzwerkes zur Ausbildung von »Healthcare Assistants« (HCA)« durchgeführt. Ziel des Projektes war dabei die Erarbeitung von Empfehlungen zur künftigen Gestaltung der Ausbildung und der beruflichen Rahmenbedingungen von Gesundheits- und PflegeassistentInnen in Europa.

Zu Beginn des Projektes wurde ein Netzwerk von Pflegeexperten (aus der Pflegebildung sowie Vertretern von Regulierungsbehörden) aus insgesamt 14 EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz aufgebaut. Mit Hilfe dieses Netzwerkes konnte der Status-quo der derzeitigen Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der HCAs in den teilnehmenden Ländern erhoben werden. Ein erstes Ergebnis des Projektes stellt die so entstandene Datenbank mit einer vergleichenden Übersicht zum Berufsbild Gesundheits- und Pflegeassistenten dar, die neben der Ausbildung auch die möglichen Einsatzbereiche in der Praxis sowie die nationale Arbeitsmarktlage berücksichtigt.

Auf Basis dieser Informationen und der zusätzlich durch die Experten bereitgestellten Best-Practice Beispiele erarbeiteten die Projektpartner Empfehlungen für ein Ausbildungskonzept für Gesundheits- und PflegeassistentInnen mit folgenden Kategorien:

1. Struktur der Ausbildung
2. Lehrplan (Curriculum)
3. Methoden des Assessments (Prüfungen)
4. Zugangsvoraussetzungen und Aufstiegschancen
(Durchlässigkeit in weiterführende Ausbildungen)
5. Registrierung
6. Kompetenzen
7. Verhältnis zu/Zusammenarbeit mit examinierten Fachkräften
8. Berufliche Mobilität innerhalb der EU
9. Unterstützung informell Pflegenden

Für jede dieser Kategorien wurden eine Definition, Empfehlungen, eine Begründung und relevante Best-Practice Beispiele mit dem Ziel formuliert, hierdurch eine belastbare Grundlage für die Gestaltung grenzüberschreitender beruflicher Rahmenbedingungen für Gesundheits- und PflegeassistentInnen zu schaffen. Vor allem Deutschland könnte auf dieser Basis die bisherige einjährige Kranken- und Altenpflegehelferausbildung in den einzelnen Bundesländern zielgerichtet weiterentwickeln.

In Verbindung mit der erst kürzlich modernisierten EU-Beruferrichtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen können die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse zudem dazu beitragen, die EU-weite Anerkennung für Gesundheits- und PflegeassistentInnen in Europa voranzutreiben. Dies trägt dazu bei, den Herausforderungen der demografischen Entwicklung, des steigenden Fachkräftebedarfs und der sich kontinuierlich verändernden Anforderungen des europäischen Gesundheits- und Pflegesektors zu begegnen.

2. Hintergrund und Ziele des Projektes

Die Gesundheitsberufe im Allgemeinen und die Pflegeberufe im Besonderen durchlaufen gravierende Veränderungen innerhalb Europas. Die demografische Entwicklung und die damit verbundene Alterung der Bevölkerung führen in vielen EU-Mitgliedsstaaten auch zu einer Alterung der Belegschaften im Gesundheitswesen.

Diese Trends können vielfach nicht ausreichend durch Nachwuchskräfte aufgefangen werden. Berechnungen zufolge erwartet Europa bis zum Jahr 2020 einen Mangel von 1.000.000 Gesundheitsfachkräften. Diese Entwicklung wird von einem steigenden Bedarf an professioneller Pflege begleitet, der nicht nur durch die höhere Lebenserwartung, sondern auch durch einen Rückgang an informeller Pflege entsteht.

Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland hat in diesem Zusammenhang bereits zu einem Anstieg der Mobilität von ArbeitnehmerInnen innerhalb Europas geführt. Diese betrifft vor allem Länder wie Estland, Ungarn, Polen, Slowenien und Rumänien. Die Migration von Gesundheitsfachkräften von und nach Europa, die Mobilität innerhalb Europas und insbesondere die Migration von Fachkräften aus ärmeren in reichere Länder birgt nach Aussage der Europäischen Kommission die Gefahr, die Engpässe an Gesundheitsfachkräften einiger Regionen weiter zu erhöhen. Im Ergebnis erreichte die Abwanderung hochqualifizierter Arbeitskräfte (»brain drain«) jedoch nicht die erwarteten Ausmaße.¹

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen werden jedoch – mit Blick auf die unterschiedlichen Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedsstaaten – vermehrt Fragen der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit aufgeworfen. Es gilt sicherzustellen, dass die Absolventen befähigt werden, mit den Folgen des demografischen Wandels umzugehen und medizinisch-technische Innovationen anzuwenden. Das schließt auch sich wandelnde Pflegesettings ein – weg von der Akutmedizin hin zu mehr Langzeitbehandlung und Pflege.

¹ Wismar, Maier, Glinos et al. (Eds.) (2011): Health Professional Mobility and Health Systems, Observatory Studies Series 23, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2011, p. 44.

Das Projekt »Aufbau und Koordinierung eines europäischen Pflegeexpertennetzwerkes zur Ausbildung von »Healthcare Assistants« (SANCO/1/2009) zielte darauf ab, Aspekte der Ausbildung und des Einsatzes von Assistenzberufen in Gesundheit und Pflege im europäischen Vergleich genauer zu beleuchten. Es wurde von der contec GmbH zusammen mit Partnern aus Finnland, Deutschland, Polen und dem Vereinigten Königreich durchgeführt. Ziel des Projektes war der Aufbau eines europaweiten Austausches zu Ausbildungsstandards und gesetzlichen Richtlinien für Assistenzqualifikationen innerhalb des Gesundheitssektors. Die Zielgruppe umfasst somit Gesundheits- und PflegeassistentInnen – engl. »Healthcare Assistants« (HCA) – mit einer Qualifikation unterhalb der examinieren Gesundheits- und Krankenpflege gemäß der Definition der EU-Richtlinie 2005/36/EU (jetzt 2013/55/EU).²

Aufgrund des hohen Fachkräftebedarfs innerhalb vieler EU-Mitgliedsstaaten wird diese Berufsgruppe nach Auffassung der EU-Kommission zukünftig vermehrt zum Einsatz kommen und Aufgabengebiete übernehmen müssen, die einer entsprechenden Qualifikation bedürfen.

Um das gesteckte Projektziel zu erreichen, wurden zu Beginn die folgenden Arbeitspakete identifiziert:

- Erstellung einer Übersicht der unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beschäftigung und Aufgabengebiete von Gesundheits- und PflegeassistentInnen innerhalb der EU.
- Sammlung von Best-Practice Beispielen in Europa unter Berücksichtigung der künftigen Herausforderungen des Arbeitsmarktes und der grenzüberschreitenden Mobilität.
- Empfehlungen zu den Ausbildungsvorschriften für Gesundheits- und PflegeassistentInnen sowie für die Anleitung von informell Pflegenden.

Anschließend wurde im Rahmen des Projektes ein EU-weites Pflegeexpertennetzwerk aus 15 EU-Ländern etabliert, eine Datenbank mit den rechtlichen Rahmenbedingungen und Ausbildungsrichtlinien der teilnehmenden EU-Länder aufgebaut sowie der Umfang der Kenntnisse und Kompetenzen dieser Berufsgruppe innerhalb Europas untersucht. Abschließend wurden Empfehlungen für ein Ausbildungsrahmenkonzept für Gesundheits- und PflegeassistentInnen erarbeitet. Diese Empfehlungen bieten eine gute Basis für die Entwicklung nationaler Ausbildungsprogramme.

3. Projektaufbau

Partner und Arbeitsschritte: Die Projektleitung oblag der contec GmbH, Bochum. Das Projektteam bestand aus den folgenden Partnern aus Deutschland, Finnland, Polen und dem Vereinigten Königreich:

Tabelle 01 | Projektpartner

| Institution | Kontaktperson |
|--|---|
| contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH BioMedizinZentrum Ruhr Universitätsstr. 136, 44799 Bochum, Deutschland | Dr. Grit Braeseke grit.braeseke@contec.de Telefon: +49 234 4 52 73 41 |
| DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Alt-Moabit 91 10559 Berlin, Deutschland | Gertrud Stöcker stoecker@dbfk.de Telefon: +49 30 2 19 15 70 |
| Medizinische Universität Breslau Dept. of Social Medicine ul. Bujwida 44, 50-345 Wroclaw, Polen | Prof. Ludmila Waszkiewicz ludmilaw@mszp.am.wroc.pl Telefon: +48 71 3 28 21 45 |
| Jacqueline Filkins Woodside Mill, West Woodside, Wigton, CA7 0LW, Cumbria, Vereinigtes Königreich | Prof. Jacqueline Filkins jacquifilkins@hotmail.com Telefon: +44 16 97 34 41 78 |
| Preusker Healthcare Ltd OY Vestrantie 112, FIN-01750 Vantaa, Finnland | Dr. Uwe Preusker uwe.preusker@phc.fi Telefon: +358 9 27 69 26 10 |
| ZAB Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh, Deutschland | Andreas Westerfellhaus westerfellhaus@zab-gesundheitsberufe.de Telefon: +49 5241 70 82 30 |

² »Die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern, die für die generelle Pflege verantwortlich sind, sollte mindestens 3 Jahre oder 4.600 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung umfassen.« Art. 31, 3. Directive 2005/36/EU.

Der Aufbau des Pflegeexpertennetzwerkes zur Ausbildung von »Healthcare Assistants«

Während des ersten Meetings der Projektpartner am 13. April 2011 in Berlin wurde beschlossen, je einen Experten für Pflegepädagogik und einen Experten der Regulierungsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege (oder Pflegemanager) aus mindestens 10 EU-Mitgliedstaaten für das Projekt zu gewinnen. Hierzu wurden insgesamt 18 europäische Länder angesprochen. Die nachfolgenden 15 Länder (14 EU-Mitgliedstaaten und die Schweiz) konnten im Ergebnis für eine Teilnahme am Pflegeexpertennetzwerk gewonnen werden:

Abbildung 01 | Mitglieder des Pflegeexpertennetzwerkes

Tabelle 02 | Teilnehmende Länder und deren Bevölkerung

| Land | Bevölkerung ³ |
|------------------------|--------------------------|
| Belgien | 11.161.642 |
| Bulgarien | 7.284.552 |
| Dänemark | 5.602.628 |
| Deutschland | 80.523.746 |
| Finnland | 5.426.674 |
| Irland | 4.591.087 |
| Italien | 59.685.227 |
| Niederlande | 16.779.575 |
| Österreich | 8.451.860 |
| Polen | 38.533.299 |
| Slowenien | 2.058.821 |
| Spanien | 46.704.308 |
| Schweiz | 8.039.060 |
| Tschechische Republik | 10.516.125 |
| Vereinigtes Königreich | 63.896.071 |
| Summe: | 361.215.615 |
| EU 28 Bevölkerung: | 505.701.172 |

³ EUROSTAT <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps-00001&plugin=1>

Niederlande

Anna van Luijn | VU Amsterdam
Maud Pellen | University Medical Centre Utrecht

Vereinigtes Königreich

Dr. Mary Gobbi | University of Southampton, Faculty of Health Sciences
Tanis Hand | Adviser to Royal College of Nursing

Irland

Patrick Glackin | Office of Nursing and Midwifery Services Director, Health

Belgien

Prof. Anne Lekeux | FINE (European federation of nurse educators) und FEDESUC (Federation of higher education French speaking community of Belgium)

Schweiz

MPH Roswitha Koch Heepen (RN) | SBK Swiss Nurses Association
Sophie Ley | Hôpital du Valais

Spanien

MSc PhD Teresa Moreno-Casbas | Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-iscii)

Deutschland

Dr. Dag Danzglock | Niedersächsisches Kultusministerium
Jens Reinwardt | Akademie für Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V.

Dänemark

Prof. Inger Just (RN) | University College Lillebælt

Finnland

M. Sc. MHPE Taina Viiala | Laurea University of Applied Sciences
Annele Ranta | Vantaa Vocational College Varia, Service Executive (HSE)

Polen

Dr. Ewa Kuriata | Medical University of Wrocław
Anna Wilmowska | University of Rzeszów

Tschechische Republik

Karolína Moravcová | Vysoká škola zdravotnická, o. p. s (Medical College in Prague)

Österreich

Dir. Barbara Zinka | Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien
Ingrid Rottenhofer | Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Slowenien

Miha Okrožnik | Nurses and Midwives Association Slovenia
Martina Škrabec (RN) | Nurses and Midwives Association Slovenia
Dr. Brigita Skela-Savič | College of Nursing Jesenice

Bulgarien

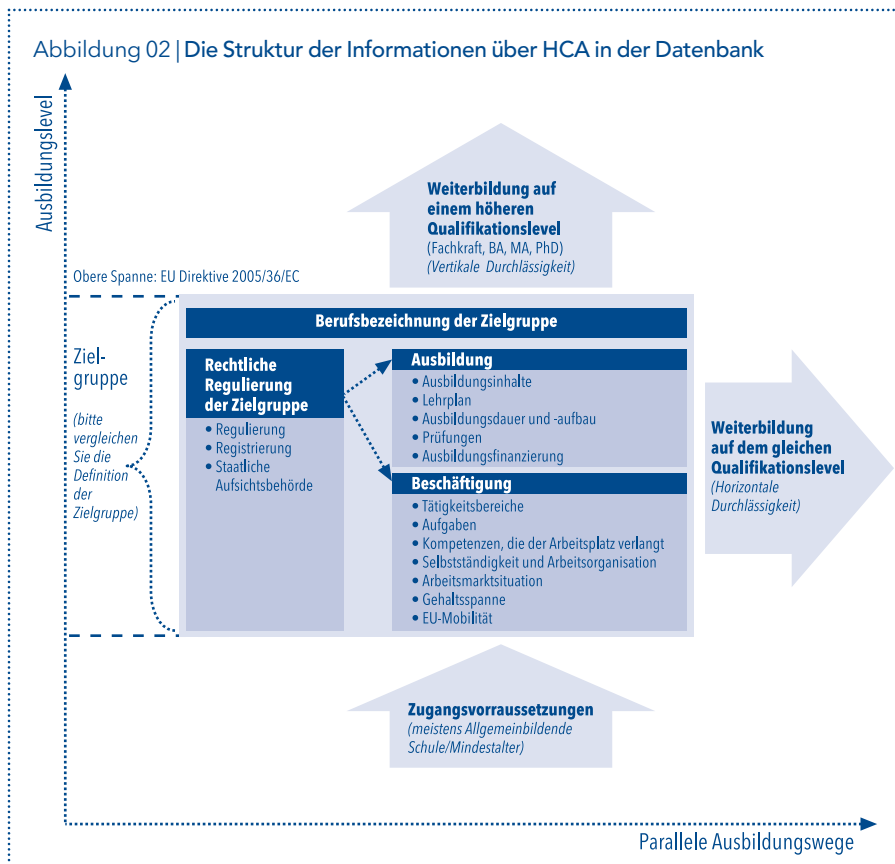
Assoc. Prof. MD PhD Lidia Mladenova Gorgieva | Faculty of Public Health, Medical University

Italien

Gennaro Rocco | Ipassi National
Alessandro Stievano | Italian Representation

3.1. Datenerhebung

Die Erhebung der projektrelevanten Daten begann im Juli 2011. Die Mitglieder des Expertennetzwerkes wurden gebeten, an insgesamt drei Umfragen teilzunehmen. Diese enthielten Fragen zu folgenden Parametern: Berufsgruppe, Berufstitel, Zugangsvoraussetzungen, Ausbildung, Aufstiegschancen und Regulierung in den jeweiligen Ländern. Auf Basis dieser Informationen und der jeweiligen »Situation-Statements«, die die Experten während des Kick-off Meetings im Oktober 2011 in Berlin präsentierten, wurden für alle teilnehmenden Länder sogenannte Länderprofile erstellt. Diese Länderprofile waren im weiteren Projektverlauf das zentrale Arbeitsdokument und die Basis für die interaktive Datenbank. Abbildung 02 zeigt die Struktur der Länderprofile:



Die Informationen der Datenbank können nach Kategorie und Land gefiltert werden, sodass der Vergleich einer oder mehrerer Kategorien zwischen mehreren Ländern möglich ist. Die Datenbank kann unter <http://www.hca-network.eu/> frei zugänglich genutzt werden.

Zwischen November 2012 und Mai 2013 wurden die Länderexperten außerdem darum gebeten, Best-Practice Beispiele zu Ausbildungskonzepten und zum Praxiseinsatz von Gesundheits- und PflegeassistentInnen in ihren Ländern aufzulisten. Einige dieser Beispiele flossen später in die Empfehlungen zur zukünftigen Gestaltung der Ausbildung für HCAs in Europa ein. Die vollständige Auflistung der Best-Practice Beispiele kann unter www.hca-network.eu heruntergeladen werden. Abschließend wurden die Pflegeexperten auch zum Bereich der Zusammenarbeit mit informell Pflegenden (Familienangehörige, Laienpflege) befragt. Zwischen Januar 2013 und Mai 2013 sollten sie erläutern, ob und wenn ja, inwiefern die Gesundheits- und PflegeassistentInnen in ihren jeweiligen Ländern während ihrer Ausbildung ein Verständnis über die Rolle informell Pflegenden erwerben. Wichtig war dabei die Angabe darüber, ob die SchülerInnen lernen, wie sie informell Pflegenden unterstützen und mit ihnen interagieren können – stets mit dem Fokus auf die Bedürfnisse der PatientInnen.⁴

3.2. Die HCA-Datenbank

Auf Basis der gesammelten Informationen in den 15 Teilnehmerländern entstand eine Online-Datenbank über die Ausbildung und das Berufsfeld der Gesundheits- und PflegeassistentInnen. Diese umfasst folgende Kategorien:

Tabelle 03 | Kategorien der HCA-Datenbank

| |
|--|
| Nationale Berufsbezeichnung |
| Regulierung der Ausbildung (was ist reguliert und welche Behörde reguliert) |
| Offizielle Registrierung (und zuständige Stelle) |
| Mindestalter bei Ausbildungsbeginn |
| Ausbildung allgemein (Inhalte, Dauer, Struktur, Finanzierung) |
| Lehrplan (Inhalt) |
| Prüfungen/Examen (Regulierung, Art und Weise der Prüfung) |
| Anschlussmöglichkeiten nach der Ausbildung (horizontale und vertikale Durchlässigkeit) |
| Beschäftigungsbereich, Arbeitsmarktsituation |
| Offizielle Regulierung des Berufes |
| Aufgabenbereiche und Tätigkeiten, Selbstständigkeit |
| Fertigkeiten und Kompetenzen |
| Durchschnittsalter der Berufsgruppe und Geschlechterverteilung |
| Arbeitszeit und Gehalt |
| Branchentrends |
| EU-Mobilität |

⁴ Die professionelle Anleitung von informell Pflegenden wird normalerweise von Fachkräften vorgenommen. HCAs können und sollten diese Aufgaben nicht ersetzen – könnten jedoch auf einem niedrigschwelligen Level unterstützend tätig werden (z. B. einfache Bewegungen demonstrieren).

4. Projektergebnisse

Im Folgenden wird ein Überblick über die generelle Ausbildungs- und Beschäftigungssituation von Gesundheits- und PflegeassistentInnen in den 15 teilnehmenden Ländern des Projektes gegeben. Dieser Überblick fasst die innerhalb der dreijährigen Laufzeit des Projektes gesammelten Informationen zusammen und kann für jedes Land im Detail in den einzelnen Länderprofilen unter www.hca-network.eu nachgeschlagen werden.

4.1. Definition der Zielgruppe des Projektes

Die Zielgruppe des Projektes umfasst Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind und eine Qualifikation unterhalb der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß der EU-Richtlinie 2013/55/EU haben. Ferner gehören sie zu den Mitarbeitenden, die unter der Aufsicht von Fachkräften arbeiten. Der englische Terminus, der diese Berufsgruppe am angemessensten beschreibt, ist: »healthcare assistants (HCA)«. ⁵

4.2. Eckpunkte der HCA-Ausbildung in Europa

Die Länderprofile der 15 teilnehmenden EU-Länder sowie die Zusammenstellung der Best-Practice Beispiele machen deutlich, dass es große Unterschiede bzgl. der Ausbildung und des Einsatzes von Gesundheits- und PflegeassistentInnen in Europa gibt.

Allein die Ausbildungsdauer variiert von 8 Monaten in Dänemark bis zu 4 Jahren in der Tschechischen Republik und in Slowenien. In Bulgarien, Irland und Großbritannien hingegen ist die Ausbildungsdauer überhaupt nicht reguliert. In 13 der 15 Länder gibt es für die Ausbildung einen klar definierten Lehrplan, im Vereinigten Königreich und in Irland gibt es weder einen offiziellen Lehrplan noch eine Regulierung des Berufes oder offizielle Prüfungen. ⁶

In Großbritannien gab es zuletzt signifikante Änderungen bezüglich der Richtlinie für die Berufsgruppe der HCAs. Demnach soll ein »Pflege-Zertifikat« (Care Certificate) entwickelt werden, das ab Anfang 2015 grundlegende Standards für Gesundheits- und PflegeassistentInnen festlegen soll.

Weitere Auszüge aus den erhobenen Daten, nach Kategorien geclustert, werden auf den folgenden Seiten dargestellt.

⁵ Eine detailliertere Definition der Zielgruppe kann in der Original-Version des Berichtes eingesehen werden.

⁶ Das Vereinigte Königreich setzt sich aus England, Wales, Schottland und Nordirland zusammen. In Wales, Schottland und Nordirland gibt es zumindest in geringem Umfang festgelegte Ausbildungsstandards.

Tabelle 04 | Hauptaspekte der HCA-Ausbildung innerhalb der teilnehmenden Länder

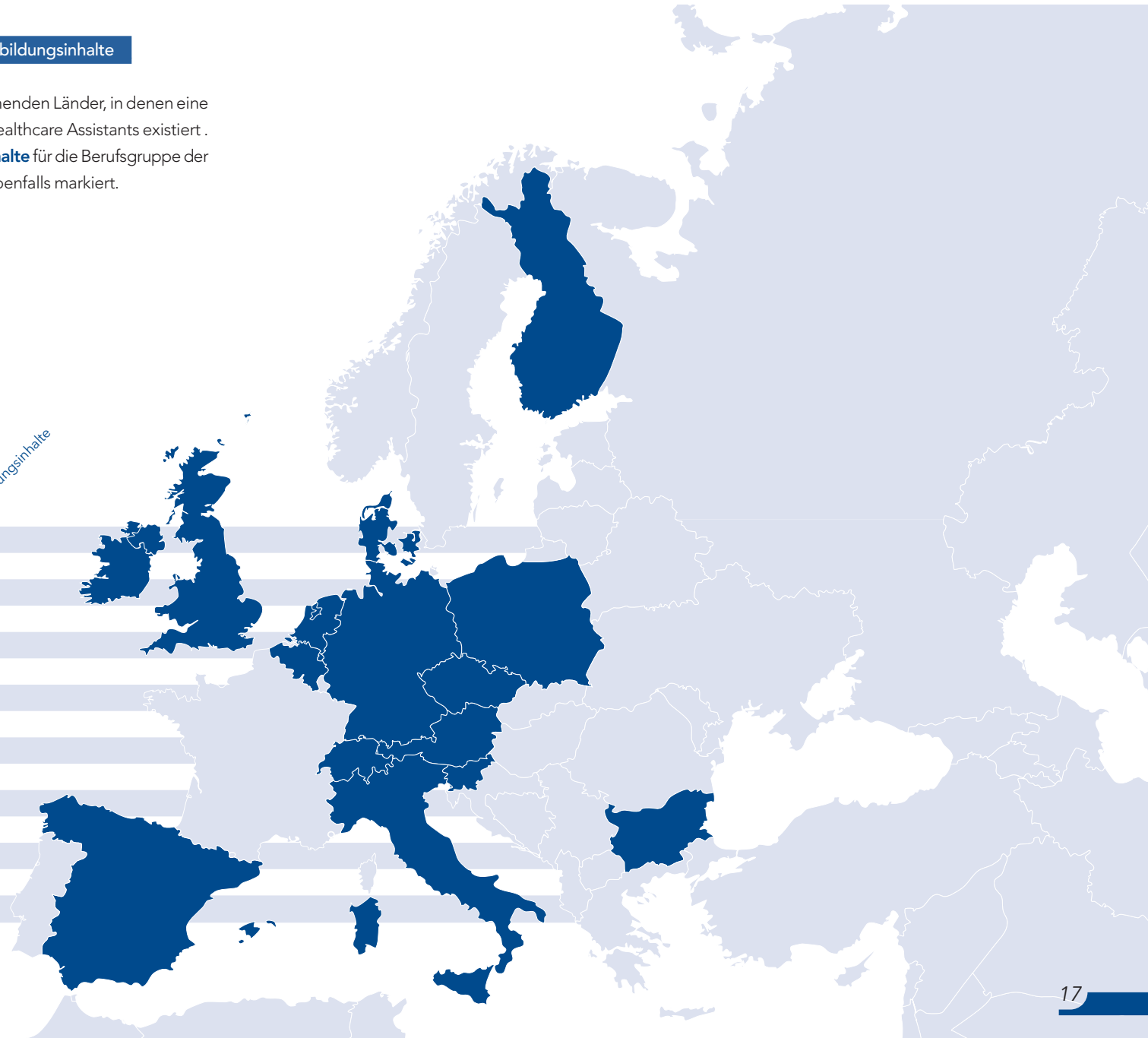
| Land | Mindestalter bei Ausb.-beginn | Berufsbezeichnung | Ausbildungsdauer | Durchschnittsalter der Berufsgr. | Anteil männlicher Angestellter | Jährliches Durchschnittseinkommen |
|-----------------------------|-------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Belgien | 18 | Aide Soignante | 1 Jahr | 20-40 | 1% | 13.000 - 14.000 € |
| Bulgarien | 18 | Health Assistants | Nicht definiert | - | - | 1.500 - 2.000 € |
| Dänemark | - | Social/ Healthcare Assistant | 8-12 Monate | 36 | - | 34.800 € |
| Deutschland (Niedersachsen) | 16 | PflegeassistentIn | 24 Monate | - | 15% | 20.000 € |
| Finnland | 16 | Practical Nurse | 3 Jahre | 45 | 1% | 30.000 € |
| Irland | - | Healthcare Assistant | Nicht reguliert, aber meistens 8 Monate in Teilzeit | 40-59 | 20% | 25.000 - 32.000 € |
| Italien | 17 | Auxiliary Staff, Social and Health Auxiliary Workers | 1 Jahr | 30-40 | 50% | 15.000 - 20.000 € |
| Niederlande | - | Carers Individual Healthcare; Assistants Health and Welfare; Care Assistant | 1-3 Jahre | - | 17% | 19.800-34.300 € |
| Polen | 16 | Medical Carer, Child Carer | 2 Jahre | 35 | 1% | 4.300-6.000 € |
| Slowenien | 15 | nurse assistant, Health care technician, practical nurse | 4 Jahre | 55-65 | 12% | 15.000 - 20.000 € |
| Spanien | 16 | Assistant Practitioners, »Auxiliares de clínica« | 2 Jahre | 49 | 10% | 20.000 € |
| Schweiz | 15 | Assistant(e) en soins et santé communautaire (ASSC), Fachfrau/-mann Gesundheit, EFZ Sek: II | 3 Jahre | - | 10% | 50.000 € |
| Tschechische Republik | 15 | Medical Assistants | 4 Jahre | - | 27,1% | 12.200 € |
| Vereinigtes Königreich | - | Healthcare/Nursing Assistants, Health Care Support Workers ⁷ | Ab 2015 reguliert. Zurzeit unterschiedliche Dauer, meist Teilzeit. | 43-50 | - | 17.000 - 27.300 € |
| Österreich | 17 | PflegehelferIn | 1 Jahr | 30-32 | 17% | 21.600 € |

⁷ Auch: Nursing Auxiliaries oder Clinical Support Workers. Im Vereinigten Königreich fallen »Healthcare Assistants« in die Zielgruppe des Projektes, da sie über eine Qualifikation unterhalb derer von Fachkräften verfügen und unter Aufsicht arbeiten. Mit Blick auf die übernommenen Aufgaben wären auch »Assistant Practitioners« (ein Level über HCAs) relevant und vergleichbar mit den Beispielen aus anderen Ländern. »Assistant Practitioners« arbeiten jedoch eigenständiger und können unter Umständen HCAs beaufsichtigen.

Regulierung der Ausbildung und der Ausbildungsinhalte

Die folgende Abbildung zeigt die teilnehmenden Länder, in denen eine offizielle Regulierung der **Ausbildung** von Healthcare Assistants existiert. Die offizielle Regulierung der **Ausbildungsinhalte** für die Berufsgruppe der Gesundheits- und PflegeassistentInnen ist ebenfalls markiert.

| Land | Ausbildung | Ausbildungsinhalte |
|------------------------|------------|--------------------|
| Belgien | ● | |
| Bulgarien | ● | ● |
| Dänemark | ● | ● |
| Deutschland | ● | ● |
| Finnland | ● | |
| Irland | | |
| Italien | ● | ● |
| Niederlande | ● | |
| Österreich | ● | ● |
| Polen | ● | ● |
| Slowenien | ● | ● |
| Spanien | ● | ● |
| Schweiz | ● | ● |
| Tschechische Republik | ● | |
| Vereinigtes Königreich | | |

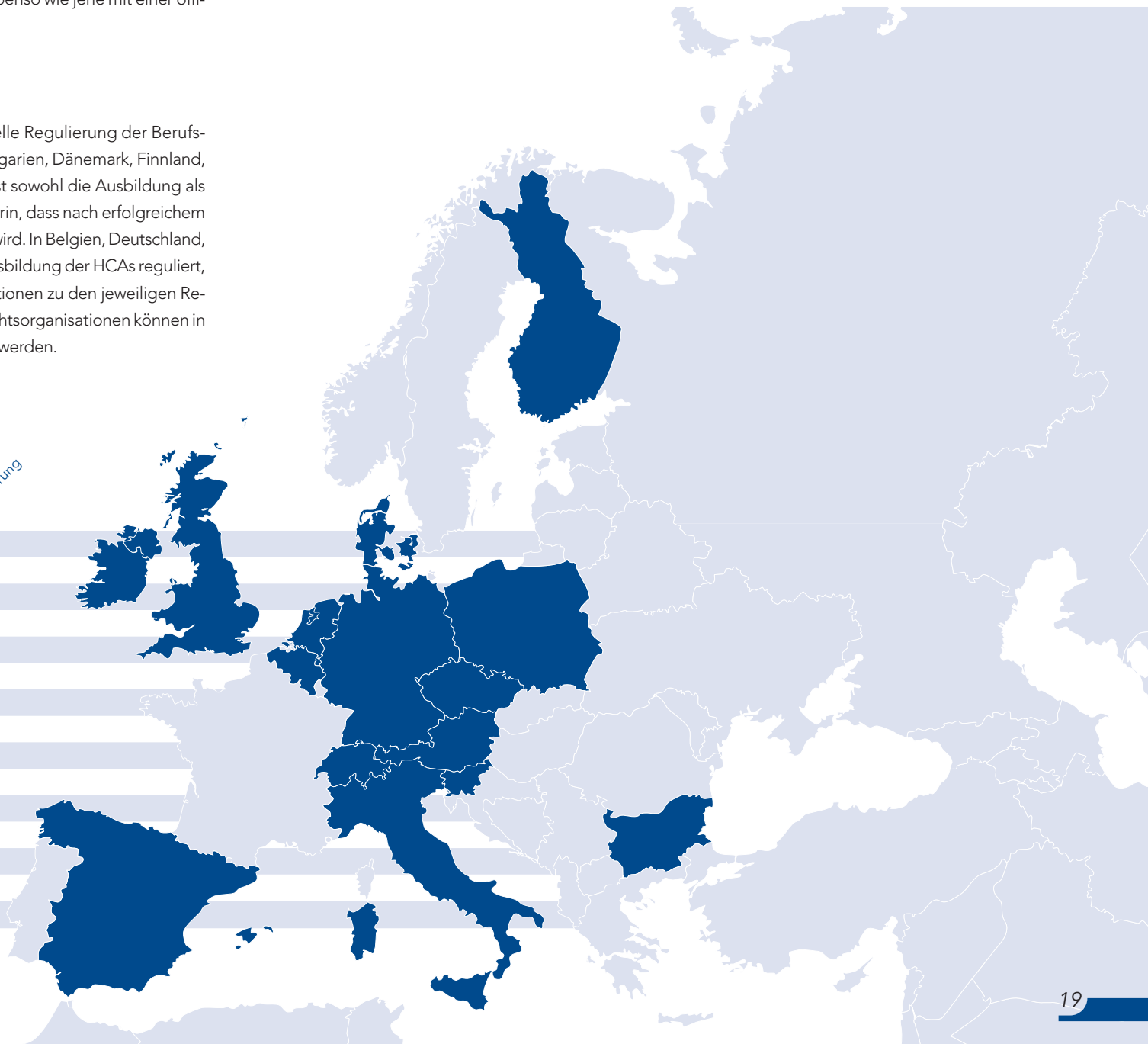


Diejenigen Länder, in denen die verpflichtende **Registrierung** für die Berufsgruppe der Healthcare Assistants gilt, sind mit einem Punkt gekennzeichnet – ebenso wie jene mit einer offiziellen **Regulierung** der HCAs.

Gegenstand der Regulierung

Lediglich 3 der teilnehmenden 15 Länder haben keine offizielle Regulierung der Berufsgruppe: Irland, die Schweiz und das Vereinigte Königreich. In Bulgarien, Dänemark, Finnland, Italien, Slowenien, der Tschechischen Republik und Österreich ist sowohl die Ausbildung als auch der Beruf der HCAs reguliert. Diese Regulierung besteht darin, dass nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung eine Lizenz zur Berufsausübung erteilt wird. In Belgien, Deutschland, den Niederlanden, Polen, Spanien und der Schweiz ist nur die Ausbildung der HCAs reguliert, die Berufsgruppe selbst wird nicht reguliert. Detaillierte Informationen zu den jeweiligen Regulierungsinstanzen, den rechtlichen Grundlagen und den Aufsichtsorganisationen können in den Länderprofilen und über die Online-Datenbank eingesehen werden.

| Land | Regulierung | Registrierung |
|------------------------|-------------|---------------|
| Belgien | ● | ● |
| Bulgarien | ● | |
| Dänemark | ● | ● |
| Deutschland | ● | |
| Finnland | ● | ● |
| Irland | | |
| Italien | ● | |
| Niederlande | ● | |
| Österreich | ● | |
| Polen | ● | |
| Slowenien | ● | ● |
| Spanien | ● | |
| Schweiz | ● | |
| Tschechische Republik | ● | |
| Vereinigtes Königreich | | |

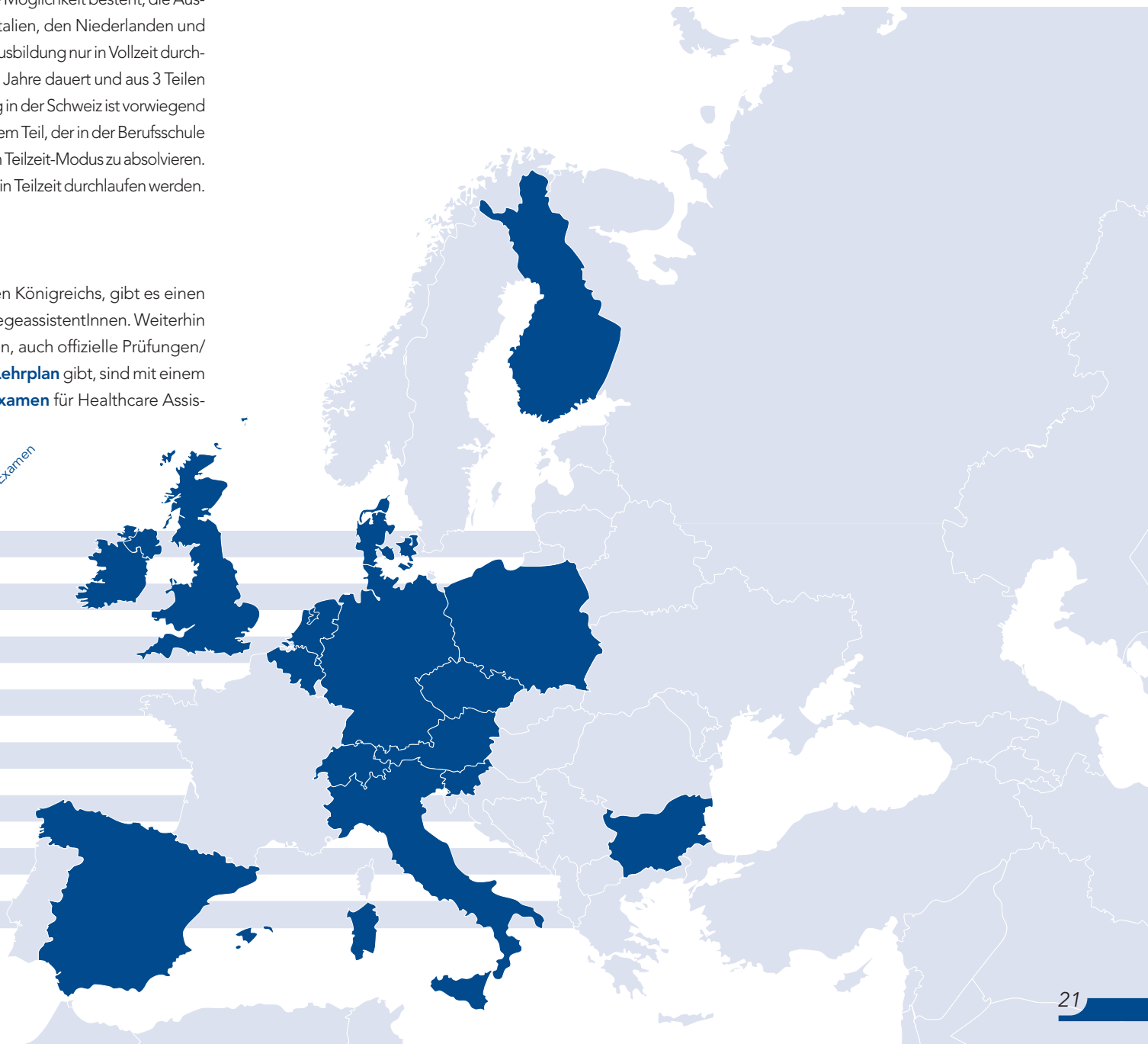


Die gesammelten Daten zeigen, dass in 5 der 15 teilnehmenden Länder – Deutschland (Niedersachsen), Finnland, Tschechische Republik, Polen und Österreich – die Möglichkeit besteht, die Ausbildung in Teil- oder Vollzeit zu absolvieren. In Belgien, Dänemark, Italien, den Niederlanden und Spanien, wo die HCA-Ausbildung lediglich ein Jahr dauert, kann die Ausbildung nur in Vollzeit durchlaufen werden. Dies trifft auch auf Slowenien zu, wo die Ausbildung 4 Jahre dauert und aus 3 Teilen theoretischer und praktischer Elemente besteht. Die HCA-Ausbildung in der Schweiz ist vorwiegend als Vollzeit-Ausbildung konzipiert – mit einem praktischen Part und einem Teil, der in der Berufsschule absolviert wird. Es besteht aber die Möglichkeit, die Ausbildung auch im Teilzeit-Modus zu absolvieren. Die irische Ausbildung zum Gesundheits- und Pflegeassistenten kann in Teilzeit durchlaufen werden.

Lehrplan und Prüfung/Examen

In allen teilnehmenden Ländern, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs, gibt es einen offiziellen Lehrplan für die Berufsgruppe der Gesundheits- und PflegeassistentInnen. Weiterhin gibt es in diesen Ländern, mit Ausnahme von Irland und Bulgarien, auch offizielle Prüfungen/Examen. Die teilnehmenden Länder, in denen es einen offiziellen **Lehrplan** gibt, sind mit einem Punkt markiert. Die Länder mit offiziell geregelten **Prüfungen/Examen** für Healthcare Assistants haben ebenfalls eine Markierung.

| Land | Lehrplan | Prüfung/Examen |
|------------------------|----------|----------------|
| Belgien | ● | ● |
| Bulgarien | ● | |
| Dänemark | ● | ● |
| Deutschland | ● | ● |
| Finnland | ● | ● |
| Irland | ● | |
| Italien | ● | ● |
| Niederlande | ● | ● |
| Österreich | ● | ● |
| Polen | ● | ● |
| Slowenien | ● | ● |
| Spanien | ● | ● |
| Schweiz | ● | ● |
| Tschechische Republik | ● | ● |
| Vereinigtes Königreich | | |



Theorie/Praxis-Verhältnis in den Lehrplänen

Die HCA-Ausbildung setzt sich in allen teilnehmenden Ländern aus Theorie- und Praxiselementen zusammen. In Belgien und Österreich liegt dieses Verhältnis bei 50 zu 50, in der Tschechischen Republik bei 40 zu 60. Bei der dänischen HCA-Ausbildung durchlaufen die künftigen Gesundheits- und PflegeassistentInnen 32 Wochen Theorieeinheiten und 54 Wochen in der Praxis. Im deutschen Beispiel von Niedersachsen schreibt der Lehrplan hingegen 1.800 Stunden Theorie und ein Minimum von 960 Stunden Praxis vor. Das irische Ausbildungsdesign umfasst 550 Stunden Theorie und 450 Stunden Praxis. In Spanien hingegen liegt das Theorie/Praxis-Verhältnis bei 960/440 Stunden. Mit 720 Stunden Theorie und 160 Stunden Praxis fällt dieser Anteil in Polen weitaus geringer aus als in den anderen teilnehmenden Ländern.

In Slowenien besteht neben den Theorie- und Praxiselementen der HCA-Ausbildung die Möglichkeit, 200 Stunden »Interessenaktivitäten« zu besuchen.⁸ Hierdurch liegt das Theorie-/Praxis-Verhältnis bei 1.700 zu 1.018 Stunden, die sich in 1.500 Stunden Theorie, 200 Stunden »Interessenaktivitäten« und 714 Stunden Praxis unterteilen.

Der Lehrplan in Finnland unterteilt sich ebenfalls in einen Theorie- und einen Praxisteil, wobei die Ausbildung ein Minimum von 29 Credit-Points an praktischem Training vorschreibt. Dies entspricht in etwa einer Dauer von einem halben Jahr. Lediglich in Bulgarien, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich gibt es laut der gesammelten Daten keine standardisierten Vorgaben zum Theorie/Praxis-Verhältnis innerhalb der HCA-Ausbildung.

Ort der praktischen Ausbildung

In 11 der 15 teilnehmenden Ländern kann die praktische Ausbildung der künftigen HCAs innerhalb verschiedener Einrichtungen stattfinden, die von der Akutversorgung über die Reha- und Langzeitversorgung, Krankenhäuser, Altenpflegeheime, Zahnkliniken, Privat-Praxen bis hin zu ambulanten Diensten reichen.

Ausnahmen stellen hier Irland, die Niederlande, Polen und Slowenien dar. In Irland findet die praktische Ausbildung ausschließlich im medizinischen Umfeld oder in speziellen Trainingsräumen – sogenannten Skills Labs – statt. In den Niederlanden gibt es ebenfalls Skills Labs, die eine Krankenhausumgebung simulieren. In Polen finden Workshops in Schulen und medizinischen Einrichtungen statt. In Slowenien werden Teile der Ausbildung von Gesundheits- und PflegeassistentInnen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen unter Aufsicht von Mentoren durchgeführt.

⁸Interessenaktivitäten können kulturelle Aktivitäten, Sport, Freiwilligenarbeit, etc. umfassen.

Prüfungsarten

In den 12 teilnehmenden Ländern, die angaben, offizielle Prüfungen im Rahmen der HCA-Ausbildung durchzuführen, gibt es Unterschiede bezüglich der Art der Prüfung. Danach gibt es in Belgien, Finnland, den Niederlanden, Polen, Spanien, der Tschechischen Republik und in Österreich einen theoretischen (meist schriftlichen) Prüfungsteil und einen praktischen Teil. In Deutschland, Irland und Slowenien hingegen gibt es darüber hinaus einen mündlichen Prüfungsteil. In der Schweiz gibt es ebenfalls offizielle Prüfungen für HCAs. Ausgeführt und evaluiert werden diese auf Kantonsebene. In Italien enthalten die Prüfungen einen schriftlichen und einen mündlichen Teil, in Dänemark hingegen gibt es nur eine schriftliche Prüfung für HCAs. In Bulgarien und dem Vereinigten Königreich gibt es keine offiziell anerkannten Prüfungen oder Examen für Gesundheits- und PflegeassistentInnen.

Ausbildungsfinanzierung

In den 15 teilnehmenden Ländern gibt es unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten der HCA-Ausbildung, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 05 | Ausbildungsfinanzierung

| Land | Staatlich | Privat | Gemischt | Arbeitgeber |
|------------------------|-----------|--------|----------|-------------|
| Belgien | ● | | | |
| Bulgarien | ● | | | |
| Dänemark | ● | | | |
| Deutschland | ● | | | |
| Finnland | ● | | | |
| Irland | ● | | | |
| Italien | ● | | ● | |
| Niederlande | ● | | | |
| Österreich | ● | ● | ● | |
| Polen | ● | ● | | |
| Slowenien | ● | ● | | |
| Spanien | ● | | ● | |
| Schweiz | ● | | | |
| Tschechische Republik | | ● | | |
| Vereinigtes Königreich | | ● | | ●* |

*Im Vereinigten Königreich werden Angestellte im Gesundheitswesen durch den National Health Service (NHS) finanziert.

Branchentrends

Die Situation in den meisten europäischen Ländern spiegelt sich insbesondere in den Aussagen der dänischen Netzwerkexperten wider:

»Der Markt für Gesundheits- und PflegeassistentInnen ist von mehreren Herausforderungen geprägt. Ihr zentraler Beschäftigungsbereich liegt in der Pflege und Unterstützung von PatientInnen, was eine Anzahl an praktischen, organisatorischen und sozialen Aufgaben umfasst. Die Arbeit in diesem Beruf ist jedoch schwerer geworden, was sich nicht nur in physischem und psychischem Stress, sondern auch in Absentismus und Problemen der Mitarbeiterbindung äußert.

Krankenhäuser restrukturieren ihre Prozesse und kürzen die durchschnittliche Verweildauer der PatientInnen, während ambulante Pflegeleistungen steigen. Gleichzeitig spezialisieren sich Krankenhäuser zusehends und konzentrieren sich auf innovative Therapien. Dies führt zu einer Reintegration verschiedener ambulanter Dienstleistungen zurück auf die Krankensebene.

Neben Krankenhäusern bieten Gemeinden und die Primärversorgung große Einsatzbereiche für HCAs in der Altenpflege. Im derzeitigen Reorganisationsprozess verändern sich außerdem die Verantwortungsbereiche der Regionen und Kommunen. [...] Infolgedessen entwickeln sich neue Berufsbilder mit einem erweiterten oder veränderten Aufgabenspektrum und neuen Anforderungen an die Mitarbeiterprofile. Diese Veränderungen haben letztlich Konsequenzen für den Arbeitsmarkt.«

Eine detaillierte Liste mit allen Antworten auf die Frage nach den Branchentrends innerhalb der teilnehmenden Länder findet sich auf der Projekthomepage.

Aufgaben und Pflichten der HCAs

Die sehr detaillierten Antworten zu den Kategorien »Aufgaben und Pflichten der HCAs« und »Kompetenzen der HCAs« können in den jeweiligen Länderprofilen und auf der Projekthomepage eingesehen werden. Nähere Informationen zur Arbeitsorganisation und den Aufgaben, die selbstständig von HCAs übernommen werden können, finden sich ebenfalls in den jeweiligen Länderprofilen.

Anforderungen an internationale Arbeitskräfte bei Eintritt in den Arbeitsmarkt (EU und nicht-EU)

Tabelle 06 | Anforderungen an internationale Arbeitskräfte

| Land | Schriftliche Anfrage | Aufenthaltsnachweis | Zeugnis/Zertifikat | Lebenslauf | Pass | Beschäftigungsnachweis | Heiratsurkunde | Sprachnachweis | Eingangsprüfung/Test | Weiterführende Kurse falls nötig | Akkreditierung der Qualifikation |
|-----------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|------------|------|------------------------|----------------|----------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Belgien | | | ● | | | | | ● | | | |
| Deutschland (Niedersachsen) | | | | | | | | ● | | | |
| Finnland | | | ● | | | | | | ● | ● | |
| Irland | | | ● | | | ● | | ● | | | |
| Italien | | | ● | | | | | ● | | | ● |
| Niederlande | | | ● | | | | | ● | | | |
| Österreich | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | |
| Polen | | | ● | | | | | | ● | | |
| Slowenien | ● | | ● | ● | ● | | | ● | ● | ● | ● |
| Spanien | ● | | ● | | ● | | | ● | ● | | ● |
| Tschechische Republik | | | | | | | | ● | | | |

Zu Belgien, Bulgarien und der Schweiz liegen keine Informationen zu diesem Bereich vor, da bisher kaum ausländische Gesundheits- und PflegeassistentInnen in den dortigen Arbeitsmarkt eintreten wollten.

Im Vereinigten Königreich gibt es hingegen zahlreiche internationale Arbeitskräfte, die in der Berufsgruppe der HCAs tätig sind. Allerdings gibt es derzeit keine Mechanismen, diese strukturiert zu erfassen. Weitere Informationen zur EU-Mobilität von HCAs aus den teilnehmenden Ländern finden sich in den jeweiligen Länderprofilen.

Tabelle 07 | Zugangsvoraussetzungen

| | |
|-------------------------------|--|
| Belgien | 12 Jahre allgemeine Schulbildung (6 Jahre Grundschulbildung und weitere 6 Jahre Sekundarbildung). |
| Bulgarien | 16 Jahre oder älter, Vollendung der Sekundarstufe oder das erworbene Recht, staatliche Prüfungen ablegen zu dürfen. |
| Dänemark | Vollendung eines elementaren »healthcare training« von 1 Jahr und 2 Monaten. Alternativ können die Zugangsvoraussetzungen durch eine angemessene Qualifikation infolge von Arbeitserfahrung oder Training erlangt werden. |
| Deutschland | Erfolgreiche Vollendung von 9 Jahren allgemeiner Schulbildung. |
| Finnland | Erfolgreiche Vollendung der Gesamtschule und 9 Jahre allgemeiner Schulbildung. |
| Irland | Ein Zertifikat über Gesundheits- und Pflegeassistenz mit FETAC ⁹ Level 5 oder mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Gesundheitswesen. Altersbeschränkungen gelten nur, wenn der/die KandidatIn als »Neueintritt« klassifiziert wird (gem. Public Service Superannuation Act, 2004). Trifft dies nicht zu, gilt lediglich eine Begrenzung bis 65 Jahre. |
| Italien | Erfolgreiche Vollendung von 8 Jahren allgemeiner Schulbildung und ein Mindestalter von 17 Jahren. |
| Niederlande | Keine Voraussetzung für Level 1. Für Level 2 und 3 ist eine 6-jährige Schulbildung nötig. Nach der Ausbildung in Level 2 und 3 verfügen die Lernenden über eine Gesamtausbildungszeit von 9 Jahren. |
| Österreich | Mindestens 17 Jahre, erfolgreicher Abschluss der allgemeinen Schulpflicht (9 Jahre), gesundheitliche Eignung (Bestätigung durch einen Arzt), polizeiliches Führungszeugnis. |
| Polen | 12 oder 13 Jahre allgemeine Schulbildung. |
| Slowenien | Vollendung der Grundschule und ein Mindestalter von 15 Jahren. |
| Spanien | Zertifikat über die Vollendung der Sekundarstufe (ESO) oder Zertifikat über die Vollendung der Ausbildung zum technischen Assistenten. Ein äquivalentes Zertifikat wird ebenfalls akzeptiert. Ist beides nicht vorhanden, kann eine spezielle Prüfung abgelegt werden, die für SchülerInnen über 16 Jahre geschaffen wurde, die eine Ausbildung beginnen wollen. |
| Schweiz | Vollendung der verpflichtenden allgemeinen Schulbildung oder ein Mindestalter von 15-16 Jahren. |
| Tschechische Republik | 14-15 Jahre, Vollendung der Grundschule mit einem Notendurchschnitt von mindestens 2,3 und ein Gesundheitscheck. |
| Vereinigtes Königreich | HCA's müssen über berufsspezifische Erfahrungen verfügen und die allgemeine Schulpflicht erfüllt haben. Für Assitant Practicioners variieren die Zugangsvoraussetzungen je nach Position und Stelle. In manchen Bereichen wird eine Ausbildung auf Level 3 des nationalen Qualifikationsrahmens vorausgesetzt sowie Erfahrung in der Pflege – andere verlangen einen höheren Schulabschluss mit Fokus auf das Arbeitsgebiet (z. B. Naturwissenschaft, Gesundheit oder Soziales). |

⁹ FETAC – Further Education and Training Awards Council

Das Konzept der Durchlässigkeit entstammt europäischen Bildungsaktivitäten (Bologna- und Kopenhagen-Prozess) mit dem Ziel, u. a. die internationale Mobilität und die Beschäftigungsfähigkeit zu fördern. Eckpunkte dieses Ansatzes sind lebenslanges Lernen, soziale Integration und Persönlichkeitsentwicklung, die über die Anerkennung von informellen und nonformalen Kompetenzen als Äquivalent zur Schulbildung einen alternativen Zugang zu Ausbildungsprogrammen ermöglichen.

Wie bereits in Abbildung 02 (Seite 10) dargestellt, wird zwischen einer horizontalen und einer vertikalen Durchlässigkeit unterschieden: Erstere bezeichnet Fortbildung auf dem gleichen Bildungsniveau und die zweite Weiterbildung zu einem anschließenden, höheren Bildungsgrad. Die detaillierten Antworten auf die Fragen nach der vertikalen und der horizontalen Durchlässigkeit finden sich in den Länderprofilen der einzelnen Länder und in der Online-Datenbank wieder.

4. 3. Unterstützung informell Pflegenden

Angesichts der großen Gruppe informell pflegender Angehöriger und einer Zunahme der ambulanten Versorgung umfasste der Auftrag der Kommission auch die Frage, wie Assistenzkräfte bzgl. der Anleitung von LaienpflegerInnen geschult werden. Die Ergebnisse zeigten, dass lediglich Bulgarien, Finnland und das Vereinigte Königreich einen systematischen Ansatz verfolgen, um die Kooperation mit und die Begleitung von informell Pflegenden in die HCA-Ausbildung zu integrieren.¹⁰

In Bulgarien ist sogar gesetzlich festgelegt, dass es zu den Aufgaben von HCAs gehört, Patienten und Angehörige über Institutionen zu informieren, die ihnen weitere Service- und Unterstützungsleistungen anbieten können. Außerdem sind HCAs verpflichtet, eine Vermittlerrolle zwischen den Patienten und ihrem Umfeld einzunehmen.

¹⁰ Alle Antworten auf diese Umfrage können unter www.hca-network.eu eingesehen werden.

In Finnland bereitet die HCA-Ausbildung ebenfalls auf die Unterstützung informell Pflegender vor. Der nationale Lehrplan sieht vor, dass der/die HCA lernt:

- die Familien der PatientInnen aktiv und auf verschiedene Weise zu unterstützen.
- Veränderungen der Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Familien mit Blick auf Sozialhilfe, Dienstleistungen, häusliche Umstände und Hilfsmittel zu berücksichtigen und diesen bei der Suche nach Zuschüssen etc. zu helfen.
- die PatientInnen mit Blick auf soziale Aktivitäten kreativ und mit funktionalen Methoden zu begleiten und zu fördern. Dies hilft bei der Aufrechterhaltung und Neubildung sozialer Netzwerke und fördert die gesellschaftliche Teilhabe.

Je nach den Bedürfnissen der PatientInnen kann es erforderlich sein, diesen Informationen oder Empfehlungen zu Ansprechpartnern an die Hand zu geben – wie beispielsweise die Benennung von Freiwilligenorganisationen rund um die Themen Diabetes, Alzheimer, Krebs oder ähnliches. In Finnland lernen künftige HCAs somit auch, mit diesen Organisationen Kontakt aufzunehmen und ihre PatientInnen direkt auf entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Im Vereinigten Königreich haben HCAs auch Zugang zur Ausbildung im Bereich Gesundheits- und Sozialfürsorge. Diese enthält Aspekte, deren Lernziele unmittelbar Fragestellungen der informell Pflegenden aufgreifen, wie beispielsweise: »Erklären Sie, warum es wichtig ist, mit anderen zusammen zu arbeiten« (»Andere« bedeutet in diesem Fall Kollegen; Teammitglieder; andere Fachkräfte; Individuen, die Pflege benötigen; Familien; Freunde; Interessenvertreter und weitere Instanzen, die für Individuen wichtig sein könnten).

HCAs dürfen jedoch keine Empfehlungen aussprechen oder Organisationen im Namen ihrer PatientInnen kontaktieren, da sie ausschließlich unter Aufsicht von Fachkräften tätig sind, denen diese Verantwortung obliegt. Wurde durch eine Fachkraft jedoch eine qualifizierte Bewertung der Situation vorgenommen, kann die Kontaktaufnahme zu weiteren Organisationen an die HCAs delegiert werden.

Auf diese Weise können Fehlinterpretationen der Situation/der Bedürfnisse der PatientInnen sowie falsche Empfehlungen seitens der Gesundheits- und PflegeassistentInnen vermieden werden.

5. Empfehlungen zur HCA-Ausbildung und zur Beschäftigung

5.1. Struktur der Empfehlungen

Nach einer umfassenden Analyse der Länderprofile und der Best-Practice Beispiele wurden abschließend Empfehlungen für ein Ausbildungsrahmenkonzept entwickelt. Ziel des Ausbildungskonzeptes ist die Sicherstellung einer hohen Qualität der Pflege, der Patientensicherheit und des Verbraucherschutzes. Mit Blick auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsfürsorge zeigte eine EUROBAROMETER-Umfrage aus dem Jahr 2010, dass das wichtigste Kriterium für PatientInnen gut ausgebildetes Personal ist.¹¹ Vor allem angesichts der demografischen Entwicklung in Europa und des steigenden Fachkräftebedarfs können HCAs einen wertvollen Beitrag zum sogenannten »Skill Mix« in verschiedenen (gesundheits)pflegerischen Bereichen leisten. Allerdings ist eine klare Rollendefinition innerhalb von Arbeitsgruppen notwendig, um die Vorteile von »Teamwork« zum Tragen zu bringen und eine adäquate Ausbildung gestalten zu können.

Gemäß des Auftrages der Europäischen Kommission sollte zudem ein Fokus auf der grenzüberschreitenden beruflichen Mobilität liegen. Mobilität von Gesundheitsfachkräften kann wie folgt definiert werden:

»Berufliche Mobilität umfasst den Wechsel des Landes nach Abschluss der Ausbildung mit dem Ziel, in einem anderen Land gesundheitsbezogene Dienstleistungen anzubieten – auch während der Ausbildungszeiten.«¹²

Die Mobilität von Gesundheitsfachkräften innerhalb der EU sowie weltweit erfährt gegenwärtig einen stetigen Bedeutungszuwachs und wirft dabei Fragestellungen im Zusammenhang mit der Personalplanung, der Ausbildung von inländischem Gesundheitspersonal und den finanziellen Folgen auf. Diese Aspekte wurden im vorliegenden Projekt jedoch nicht betrachtet. Der Fokus lag vielmehr auf der Korrelation zwischen Mobilität und Fragestellungen von Qualität der Versorgung und Patientensicherheit – mit dem Befund, dass gemeinsame Ausbildungsstandards für Gesundheits- und PflegeassistentInnen innerhalb der EU nachhaltig positiv wirken können.

¹¹ Europäische Kommission (2010): EUROBAROMETER Patient safety and quality of healthcare, download at ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf (19.02.2014).

¹² Wismar, Maier, Glinos et al. (Eds.) (2011): Health Professional Mobility and Health Systems, Observatory Studies Series 23, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2011, p. 14.

Um ein Rahmenkonzept für die Ausbildung und Beschäftigung von Gesundheits- und PflegeassistentInnen zu strukturieren, wurden die folgenden 9 Charakterisierungsmerkmale ausgewählt:

- Struktur der Ausbildung
- Lehrplan (Curriculum)
- Methoden des Assessments (Prüfungen)
- Zugangsvoraussetzungen und Aufstiegschancen (Durchlässigkeit in weiterführende Ausbildungen)
- Registrierung
- Kompetenzen
- Verhältnis zu/Zusammenarbeit mit examinierten Fachkräften
- Berufliche Mobilität innerhalb der EU
- Unterstützung informell Pflegenden

Für jede dieser Kategorien wurden eine Definition, Empfehlungen zur Ausgestaltung und eine Begründung für diese Empfehlungen formuliert sowie relevante Best-Practice Beispiele einzelner Länder beschrieben.

5.2. Die Empfehlungen

Die Struktur der Ausbildung

A. Definition

Die Kategorie »Struktur der Ausbildung« umfasst Aspekte wie Ausbildungsdauer, anerkannte Ausbildungsinstitute, Wahlmöglichkeiten innerhalb des Ausbildungsprozesses, Teilzeit-Option, Theorie/Praxis-Verhältnis, Wahlmodule und den Einsatz von IT und E-Learning.

B. Empfehlungen

- Die HCA-Ausbildung sollte nach erfolgreicher Vollendung der nationalen allgemeinen Schulpflicht beginnen.
- Die Ausbildung sollte an einer staatlich akkreditierten Berufsfachschule mit gesundheitlichem Schwerpunkt stattfinden und durch praktische Erfahrungen unterstützt werden. Die Ausbildungsdauer sollte bei 2-3 Jahren Vollzeit liegen, dies entspricht dem EQR-Level 4.

- Die Ausbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische und kombinierte Module enthalten.
- Die Ausbildung sollte zu mindestens 50% in der Praxis stattfinden. Diese kann in Krankenhäusern, Kindergärten, Altenpflegeheimen, Gesundheitszentren, bei Dienstleistern für Haushalts-Hilfe oder in Einrichtungen für Personen mit (Lern-)Behinderungen erfolgen.
- Eine Teilzeit-Ausbildung oder eine Ausbildung in Verbindung mit einem Arbeitsvertrag im Gesundheits- oder Sozialwesen sollten ebenfalls möglich sein. In diesem Fall erhöht sich die Ausbildungsdauer, je nach Verhältnis der Arbeits- und Ausbildungszeiten.
- Wahlmodule können Teil der verpflichtenden Ausbildungsinhalte und der Weiterbildung sein. Wahlmodule, die den Lernenden angeboten werden, könnten sein: Notfallpflege, Kinder- und Jugendpflege, Erwachsenenpflege, Zahn- und Mundpflege, Behindertenpflege, Altenpflege, Rehabilitation und Substanzmissbrauch.
- Die erfolgreiche Vollendung der HCA-Ausbildung sollte zu einem anerkannten Zertifikat oder einer Berufslizenz führen.
- Während der HCA-Ausbildung sollte E-Learning eine wichtige Rolle einnehmen. Jeder Lernende sollte die Möglichkeit haben, auf elektronische Lernformate zugreifen zu können – zusätzlich oder teilweise auch an Stelle der Teilnahme an Kursen der Berufsfachschule. Die Nutzung von IT, zum Beispiel zu Planungs- und Dokumentationszwecken, sollte ebenfalls Teil der Ausbildung sein.

C. Begründung der Empfehlungen

Gesundheits- und PflegeassistentInnen bilden innerhalb der Gesundheitsberufe die Gruppe, die in der Zukunft einen hohen Bedeutungszuwachs erfahren wird – ein Ergebnis der demografischen Entwicklung, der steigenden Zahl Hochaltriger und des steigenden Bedarfs an Pflege und Unterstützung. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass die HCA-Ausbildung nachhaltig ausgestaltet ist, praktische und theoretische Inhalte umfasst und so flexibel wie möglich ist. Auf diese Weise können vielfältige und sich verändernde Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen innerhalb der Gesellschaft berücksichtigt werden.

Der Zugang zur HCA-Ausbildung nach dem erfolgreichen Abschluss der allgemeinen Schulpflicht bietet die Möglichkeit, ohne höhere Schulbildung eine Karriere innerhalb des Gesundheitssektors zu beginnen. Eine 2- bis 3-jährige Ausbildung für Gesundheits- und PflegeassistentInnen scheint erforderlich, um den SchülerInnen eine gute Basis für ihre Praxistätigkeit nach Ausbildungsende zu bieten und höher ausgebildete Pflegekräfte wirksam entlasten zu können. Eine Kombination aus theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten trägt dem Rechnung.

Die Möglichkeit der Spezialisierung dient der steigenden Nachfrage nach HCAs, die in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tätig sein können.

D. Best-Practice Beispiele

Finnland: Mit Blick auf die vorgenannten Empfehlungen kann Finnland als anschauliches Beispiel herangezogen werden. Die Ausbildung der finnischen »Licensed Practical Nurses (HCA)« ist national reguliert, enthält eine verpflichtende berufliche Vorbereitung und einen national gültigen Lehrplan. Die Ausbildung umfasst mit theoretischen und praktischen Elementen eine Dauer von 3 Jahren und bietet zudem die Möglichkeit verschiedener Spezialisierungen. Die Zugangsvoraussetzung, um mit der Ausbildung beginnen zu können, ist die Vollendung von 9 Jahren Gesamtschule.

Irland: In Irland (Healthcare Assistant) müssen die Kandidaten, die mit der HCA-Ausbildung beginnen wollen, über ein Zertifikat aus dem Bereich der pflegerischen Unterstützung verfügen (FETAC Level 5) oder mindestens ein Jahr Arbeitserfahrung im Gesundheitsbereich aufweisen. Die Ausbildung ist staatlich finanziert und verfügt nach Lehrplan über einen einheitlichen Ansatz, der aus 5 Kern- und 3 Wahlmodulen besteht. Die Ausbildung enthält praktische Elemente und theoriebasierte Module. Durchgeführt werden die Programme von erfahrenen LehrerInnen für Krankenpflege mit Unterstützung von sachkundigem Klinikpersonal.

Schweiz: Ähnlich ist auch die HCA-Ausbildung in der Schweiz¹³ strukturiert: Sie ist ebenfalls staatlich reguliert und umfasst eine Dauer von 3 Jahren mit theoretischen und praktischen Bestandteilen. Die Ausbildung beginnt – nach Vollendung der allgemeinen Schulpflicht – mit 15 oder 16 Jahren. Am Ende der Ausbildung erhalten die künftigen HCAs ein Zertifikat (CFC oder EFZ), das durch die national zuständigen Behörden ausgestellt wird.

Niederlande: Die Ausbildung für »individual health carers« in den Niederlanden (Verzorgende IG, level 3) ist ebenfalls ein gutes Beispiel. Das Programm ist auf 3 Jahre angelegt und wird reguliert auf Basis eines national anerkannten Lehrplans. Eine Spezialisierung innerhalb der Ausbildung ist nicht möglich. Um mit der Ausbildung beginnen zu können, ist die Vollendung von 6 Jahren Grundschule erforderlich. Auf diese Weise verfügen die Lernenden nach ihrem Abschluss über eine Ausbildungszeit von insgesamt 9 Jahren.

Lehrplan (Curriculum)

A. Definition

Der Begriff »Lehrplan« beschreibt ein Dokument, das die gewünschten Lernergebnisse definiert. Im Rahmen einer Ausbildung können mit Hilfe eines Lehrplans die Planung und Durchführung des Lernstoffes abgebildet und so eine eigene Interpretation des Lernstoffes vermieden werden. Lernergebnisse sind messbar, können geprüft werden und sind mit anderen Einrichtungen und/oder innerhalb des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) vergleichbar.

B. Empfehlungen

Folgt man der o. g. Definition mit dem Ziel einen Lehrplan zu gestalten, dessen Inhalte sich mit spezifischen Lebens- und Berufssituationen von Individuen in Einklang bringen lassen, so ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Das Rahmenkonzept, innerhalb dessen der Lehrplan entwickelt wird, sollte den nationalen und/oder gesetzlichen Anforderungen des jeweiligen Landes entsprechen. Er sollte außerdem erprobte und bewährte Best-Practice Beispiele berücksichtigen.
- Die Entwicklung des Lehrplans sollte in der Verantwortung von Lehrenden mit fachspezifischen Kompetenzen liegen (Pflege, Pädagogik). Die jeweiligen theoretischen und praktischen Module sollten hauptsächlich pflegebezogene Inhalte enthalten sowie Theorie und Praxis verbinden.
- Der Lehrplan sollte auf die Vermittlung von Wissen, den Erwerb von Kompetenzen und Fähigkeiten ausgerichtet sein. Es sollten spezifische Kompetenzen erlangt werden, die die Zielgruppe befähigen, berufliche Situationen effektiv zu bewältigen.
- Der Lehrplan definiert die Verpflichtungen und Rechenschaftspflichten der HCAs und zeigt eine klare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen der Pflege (Fachkräfte) auf.
- Der Lehrplan definiert Lernziele, die bewertet werden können. Das tägliche Berufsleben von HCAs sowie komplexe berufliche Situationen werden in kommunikativem, affektivem und psychomotorischem Kompetenz-Training abgebildet.
- Ein kontinuierliches Qualitätsmanagement-System sollte in den Lehrplan integriert werden. Spezifische Qualitätsmerkmale und Evaluationsmaßnahmen sollten definiert werden.
- Der Lehrplan sollte zeigen, dass derzeitige und künftige Anforderungen an den Beruf berücksichtigt wurden.

¹³ Hier gibt es verschiedene Berufsbezeichnungen: Fachmann/Fachfrau Gesundheit EFZ der Sekundarstufe II; Assistent/Assistentin Gesundheit und Soziales EBA, Assistant en Soins et Santé Communautaire ASSC.

C. Begründung der Empfehlungen

Ein Lehrplan, der evidenzbasiert ist und in seiner Entwicklung, Ausführung und in seinem Praxiseinsatz auf Best-Practice Beispiele eingeht, wird nicht nur eine höhere Patientensicherheit gewährleisten, sondern eine effektivere Unterstützung des Pflegepersonals zur Folge haben. Zudem wird ein solcher Lehrplan den Weg hin zu einem abgestuften beruflichen Werdegang und lebenslangem Lernen ebnet. Der Nutzen eines kompetenzbasierten Lernens erhöht das Selbstvertrauen der künftigen HCAs und verringert Abbruchraten.

D. Best-Practice Beispiele

Dänemark: Der Lehrplan ist kompetenzbasiert und zeigt Anzeichen einer guten Balance zwischen kompetenz-orientiertem und akademischem Lernen. Er ist zweckgerecht, nach einem Pflegemodell strukturiert und zukunftsorientiert. Von besonderem Interesse ist die Fokussierung auf Praktika, die den Lernenden die Möglichkeit bieten, praxisrelevante berufliche Kompetenzen zu erlangen.

Finnland: Der Lehrplan ist über die gesamte Ausbildung hinweg kompetenzbasiert aufgebaut und folgt national vorgeschriebenen Lernzielen, die auf die Bedürfnisse der PatientInnen und der Beschäftigten im Gesundheitswesen eingehen. Der dreigliedrige Ansatz, der mit dem Auswahlprozess der potenziellen SchülerInnen beginnt und bis hin zu ihrem abschließenden Assessment reicht, ist ebenso erwähnenswert.

Deutschland (Niedersachsen): In Deutschland verfügt lediglich Niedersachsen über einen einheitlichen Lehrplan für PflegeassistentInnen. Er ist kompetenzbasiert und adressiert die gegenwärtigen Anforderungen des deutschen Arbeitsmarktes. Lehre und Lernen finden innerhalb von Klassenzimmern sowie in der Praxis statt. Die genutzten Lehrmethoden variieren je nach Lerninhalt: Präsenzlernen, Gruppenarbeiten, Übungen oder Rollenspiele.

Schweiz: Die schulische Vorbereitung von HCAs in der Schweiz ist derzeit im Wandel. Der neue Lehrplan basiert auf einem Minimum von 1.440 Lehrstunden, die speziell darauf ausgerichtet sind, die für HCAs relevanten Kompetenzen zu vermitteln. Frühe Anzeichen zeigen, dass dieser Ansatz erfolgreich ist.

Vereinigtes Königreich: Der Lehrplan bietet eine gute Balance zwischen gesetzlich vorgeschriebenen und flexiblen Modulen mit strengen Standards, deren Ergebnisse systematisch bemessen werden.¹⁴

¹⁴ Griffin R (2012) Better care through better training – evaluation of an HCA development program, British Journal of Healthcare Assistants 06, 1. 35-38

Da die gesetzlich vorgeschriebenen Module für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen gleich sind, werden Risiken interprofessioneller Kommunikation minimiert. Auf verschiedene Einsatzorte zugeschnittene Module erhöhen die Flexibilität und wirken innovativ. Sie ermöglichen den HCAs den Übergang von einem allgemeinen Arbeitsverhältnis hin zu spezifischen, unterstützenden Rollen. Standardisierte Rahmenbedingungen dafür bietet eine nationale Organisation (Skills for Health).

Die Ausbildung kann von verschiedenen Anbietern entweder vor Ort oder via E-Learning durchgeführt werden. »Skills for Health« bietet hierfür Ressourcen, Lernziele und zusätzliche Module, die je nach lokalen Bedürfnissen in die HCA-Ausbildung integriert werden können. Bezogen auf die individuellen Module kommen diverse Lehrmethoden zum Einsatz: Präsenzlernen, Rollenspiele, Übungsbücher oder E-Learning.

Der Gebrauch von IKT (Informations- und Kommunikationstechnologien) spielt in Verbindung mit der Open University (OU) innerhalb der laufenden HCA-Ausbildung eine besondere Rolle. Einige der Kernkompetenzen müssen jährlich aufgefrischt werden.

Im Vereinigten Königreich gibt es derzeit keine verpflichtenden Ausbildungsstandards oder eine Regulierung der Gesundheits- und PflegeassistentInnen. Allerdings gibt es verschiedene gesetzliche Anforderungen an die Ausbildung von Beschäftigten im Gesundheitswesen im Bereich des Brandschutzes sowie der Infektionsprävention oder -kontrolle.

Assessment- bzw. Prüfungsmethoden

A. Definition

Das Ergebnis der HCA-Ausbildung kann durch verschiedene Arten von Prüfungen und Assessments gemessen werden. Eine Prüfung/Examen beschreibt dabei einen Test, der schriftliche und/oder mündliche Elemente mit dem Ziel enthalten kann, das erworbene Wissen zu überprüfen. Ein Assessment kann erworbene praktische Fähigkeiten prüfen und/oder den Fortschritt der Lernenden über eine gewisse Zeitspanne bewerten. Innerhalb Europas gibt es verschiedene Ansätze, die genutzt werden, um die Berufseignung von HCAs festzustellen. Diese Ansätze reichen von lokalen über extern durchgeführte und validierte Examen bis hin zu national organisierten und anerkannten Examen und Assessments.

B. Empfehlungen

Aufgrund der Bandbreite an theoretisch und praktisch erlangtem Wissen können HCAs unterschiedliche Aufgabengebiete abdecken, die nicht nur kranke und hilfebedürftige Personen, sondern auch Pflegepersonal und Angehörige einbeziehen.

Aus diesem Grund wird empfohlen:

- Es sollte Prüfungen und Assessments für HCAs geben, die auf nationalen Standards basieren. Beispiele für solche Assessments umfassen mit Blick auf die Vorgaben der EU Kommission »Commission Key Competences in Education and Training« z. B. standardisierte Tests mit Fragen, die auf spezifische Kernkompetenzen abzielen, einstellungsbezogene Fragebögen oder leistungsbezogene Assessments – optional in Kombination mit standardisierten Tests oder (Beobachtungs-)Assessments.¹⁵
- Die Prüfung sollte aus einem praktischen und einem theoretischen – mündlichen und schriftlichen – Teil bestehen.
- Jede Stufe des Lernprozesses sollte kontinuierlich überprüft werden.
- Das Weiterkommen innerhalb der HCA-Ausbildung sollte vom Bestehen eines jeden Moduls/jeder Stufe innerhalb des Lehrplans abhängig sein.
- Es sollte einen Zertifizierungsprozess geben.

C. Begründung der Empfehlung

Die Prüfungen/Examen für HCAs sollten mit Blick auf die diversen Aufgabenstellungen durchgeführt werden, mit denen sich die Berufsgruppe während ihrer beruflichen Tätigkeit auseinandersetzen muss. HCAs sollten in der Lage sein, Aufgaben zu erkennen und zu lösen, die mit der Pflege von PatientInnen einhergehen.

Ferner sollten sie PatientInnen motivieren können, ihre Eigenständigkeit zu erhöhen und sie zu sozialen Aktivitäten ermuntern. Zudem müssen HCAs ihren PatientInnen helfen können, ihre täglichen Bedürfnisse zu befriedigen, mit dem therapeutischen Team kooperieren und dieses bei pflegerischen Aufgaben in Gesundheitseinrichtungen und innerhalb der Häuslichkeit unterstützen können. Schließlich müssen HCAs in der Lage sein, den Familien emotionale Unterstützung anzubieten und ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern.

Ein einheitlicher Ansatz bezüglich Examen und Assessment könnte mit Blick auf diese vielfältigen Einsatzbereiche dazu beitragen, ein ganzheitliches Berufsbild zu schaffen und sowohl Arbeitgebern als auch anderen Berufsgruppen und Patienten zu vermitteln, dass HCAs über ein national oder regional festgelegtes Set an Kompetenzen verfügen. Die vorgeschlagenen Empfehlungen dieser Kategorie gehen mit dem 2012 vorgestellten Dokument der EU Kommission »EU Commission Key Competences in Education and Training« konform. Darin wird

¹⁵ Europäische Kommission (2012) Commission Staff Working Document: Assessment of Key Competences in initial education and training: Policy Guidance, Accompanying the document – Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes, S. 22.

betont, dass Assessment ein wichtiger Schritt in Richtung der Entwicklung von Kernkompetenzen ist, da es sich auf die vorgesehenen Lernziele bezieht und deutlich macht, dass die jeweiligen Kompetenzen in Lernen und Lehre priorisiert werden. Des Weiteren geben Assessments nach Aussage des EU-Dokuments Auskunft darüber, wie groß die Fortschritte des Lernenden sind. Dies wiederum kann dabei helfen, Lern- und Lehrmethoden anzupassen.¹⁶

D. Best-Practice Beispiele

In Finnland, Polen und Slowenien sind die Systeme zur Prüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten von HCAs gut ausgestaltet und können als Modell für die Zukunft dienen. Es gilt darauf hinzuweisen, dass diese Länder einen unterschiedlichen Ansatz in Bezug auf die HCA-Ausbildung verfolgen und die Prüfungssysteme an das jeweilige Schulsystem angepasst sind.

Finnland: In Finnland besteht die Prüfung aus einem schriftlichen und einem praktischen Teil, aus einer Vorführung der Kenntnisse (für gewöhnlich an einem der praktischen Ausbildungsorte) und aus einem mündlichen Teil. Kompetenzen werden durch Assessment-Methoden überprüft, die zu den Lehrmethoden passen und den Lernprozess der SchülerInnen unterstützen. Diese müssen die Gelegenheit erhalten, ihre Fähigkeiten auf verschiedenen Wegen demonstrieren und auch selbst überprüfen zu können. Fähigkeiten in berufsspezifischen Modulen können durch leistungsbezogene Demonstrationen o. ä. überprüft werden. Soweit möglich werden leistungsbezogene Demonstrationen genutzt, um die vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen zu überprüfen. Falls nötig werden andere Formen der Kompetenzbewertung angewandt. Die zuständige Bildungseinrichtung entscheidet dabei über die jeweiligen Methoden. Die Mentoren der Lernenden sind für die Assessments zuständig und haben dafür spezielle Schulungen erhalten.

Das finnische Ausbildungs-Programm »Vocational Qualification in Social and Health Care, Practical Nurse, 2010« bietet eine klare Definition zu den genannten Kompetenz- und Wissens-Assessments. In einer Tabelle sind dabei die jeweiligen Kriterien für die Assessments aufgelistet, ebenso wie die Frage der Leistungsüberprüfung von SchülerInnen, die eine andere Muttersprache sprechen.

Polen: Ein Examen, auch Berufsexamen genannt, ist eine Form des Assessments über den Kenntnisstand der KandidatInnen. Das Berufsexamen ist ein externes Examen, das von externen Institutionen unabhängig vom Bildungssystem entwickelt wurde. Das »Central Examination

¹⁶ Europäische Kommission (2012) Commission Staff Working Document: Assessment of Key Competences in initial education and training: Policy Guidance, Accompanying the document – Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes, S. 8.

Board and Regional Examination Commission«, das 1999 vom Bildungsministerium ernannt wurde, übernimmt die Aufgabe dieser externen Organisation. Durch standardisierte Anforderungen, Evaluationskriterien und Regeln zur Durchführung des Examins bietet dieses vergleichbare und objektive Assessments über die persönlichen Leistungslevel der KandidatInnen. Das Examen besteht aus einem schriftlichen und einem praktischen Teil. Regionale Prüfungskommissionen bereiten die jeweiligen Prüfungen vor, organisieren sie und führen sie durch. Die Examen werden von externen Prüfern bewertet. Bei erfolgreich bestandener Prüfung erhalten die Kandidaten ein Diplom, das ihre berufliche Qualifikation bestätigt.

Slowenien: In Slowenien gibt es ein offiziell anerkanntes Examen für »healthcare technicians/practical nurses«. Die Abschlussprüfung besteht aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil zur Pflgetheorie und einer praktischen und einer mündlichen Prüfung zur Pflegepraxis. Nach den ersten 6 Monaten beruflicher Tätigkeit gibt es eine weitere interne Prüfung für die HCAs.

Zugang, Entwicklung und Aufstiegschancen (Durchlässigkeit)

A. Definition

Das Konzept der Durchlässigkeit entstammt europäischen Bildungsaktivitäten (Bologna- und Kopenhagen-Prozess) mit dem Ziel, u. a. die internationale Mobilität und die Beschäftigungsfähigkeit zu fördern. Das Konzept der Durchlässigkeit verfolgt das Ziel, vergleichbare Ausbildungsmodi, Ausbildungslängen sowie gegenseitig vergleichbare Qualifikationen im Rahmen des Europäischen Qualifikationsrahmens¹⁷ (EQR) zu erreichen. Ferner sollen Weiterentwicklungspfade – wie beispielsweise von HCAs zu Fachkräften oder anderen Gesundheitsberufen – angeboten werden. Weiteres Ziel der Durchlässigkeit ist es, formell im Rahmen des Bildungsabschlusses Kompetenzen zu erwerben – dies kann auch die Aneignung und Anerkennung von Kompetenzen über die eigene Lebens- und Arbeitserfahrung und andere informelle Lernmöglichkeiten umfassen. Festgelegte und transparente Anerkennungsprozesse wie beispielsweise die Accreditation of Prior Learning (APL) und die Accreditation of Experiential Learning (APEL) werden dabei vorausgesetzt.

B. Empfehlungen

Vor Beginn der HCA-Ausbildung sollten bereits formell und informell erworbene Kenntnisse im Rahmen einer Kompetenzfeststellung verkürzend auf die Ausbildungszeit angerechnet

¹⁷ European Parliament Council (2008): Recommendations of the European Parliament and of the Council on the establishment of the European Qualifications Framework for lifelong learning: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=oj:c:2008:111:0001:0007:en:pdf>.

werden können. Das so definierte Verständnis von Durchlässigkeit kann für den Zugang in die HCA-Ausbildung und für die Weiterqualifizierung nach der HCA-Ausbildung von Nutzen sein. Primär steht jede Qualifikation mit ihrem Abschluss zunächst für sich. Darüber hinaus eröffnen sich so aber Wege innerhalb des Weiterbildungsprozesses und des lebenslangen Lernens. Der Abschluss der HCA-Ausbildung sollte zu einer anerkannten Qualifikation führen, die zu einer späteren Zulassung für eine Ausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn gemäß der EU-Richtlinie 2013/55/EU (früher 2005/36/EG) beitragen kann. Solche Zugangswege sind in einigen Ländern bereits eingeführt und werden später beschrieben.

C. Begründung der Empfehlungen

Gesundheits- und PflegeassistentInnen stellen eine bedeutsame Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsbranche dar. Ihre Ausbildung und Regulierung sollte sicherstellen, dass sie in der Lage sind, PatientInnen und das Pflege-Team selbstbewusst zu unterstützen. Ihre Ausbildung und Erfahrung sollte ferner die Möglichkeit eröffnen, sich ggf. zu Gesundheits- und KrankenpflegerInnen oder anderen Berufen weiterentwickeln zu können, um:

- qualitative Verbesserungen des Humankapitals zu erreichen,
- eine Plattform zur Weiterentwicklung und zur Motivation für HCAs anzubieten,
- einen Beitrag zur Fachkräftesicherung zu leisten,
- eine sicherere Auswahl und einen einfacheren Zugang zur HCA-Ausbildung durch klar definierte Lernziele zu schaffen und
- die Möglichkeiten der Arbeitsmarktmobilität für HCAs zu verbessern.

Die vorgeschlagenen Empfehlungen sind kongruent mit den Statements der Europäischen Kommission aus dem 2012 veröffentlichten Bericht »Vocational education and training for better skills, growth and jobs«. Darin spricht sich die Kommission für eine verbesserte Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungssystemen von der Schulbildung über die Ausbildung bis hin zur Hochschulbildung und Erwachsenenbildung aus. Ziel ist es dabei, ein europäisches System mit transparenten Qualifikationssystemen zu schaffen, das nicht nur die Anerkennung bereits erworbener Qualifikationen und Kompetenzen ermöglicht, sondern auch die Ansammlung und den Transfer von Lernergebnissen. Dies soll im Ergebnis die EU-weite Mobilität vereinfachen.¹⁸ Im 2012 erschienenen Bericht »EU Commission Partnership and flexible pathways for lifelong skills« spricht sich die Europäische Kommission außerdem dafür aus, dass

¹⁸ Europäische Kommission (2012): Commission Staff Working Document: Vocational education and training for better skills, growth and jobs – Accompanying the document Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes, p. 3.

Individuen die Möglichkeit haben sollten, zwischen verschiedenen (Aus-) Bildungswegen zu wechseln – vertikal und horizontal.

Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf dem Vorschlag, dass Berufsausbildungen auch die Möglichkeit des Zugangs zur Hochschulausbildung eröffnen sollten. Die »Anerkennung von Arbeitserfahrung und anderen Lernerfolgen« ist dabei ein Ansatz, um dieses Ziel zu erreichen.¹⁹

D. Best-Practice Beispiele

Finnland: Personen, die in einem Gesundheits- oder Pflegeumfeld arbeiten, haben die Möglichkeit, eine verkürzte HCA-Ausbildung zu absolvieren – vorbehaltlich eines persönlichen Assessments. Nach Vollendung der HCA-Ausbildung erhalten die SchülerInnen die Berechtigung zur Hochschulausbildung. Die Entwicklung und Unterstützung der Lernenden ist kontinuierlich und leistet einen Beitrag zum künftigen Fachkräftebedarf.

Deutschland (Niedersachsen): Der neue Ansatz der HCA-Ausbildung in Niedersachsen ist eine Reaktion auf die gestiegene Nachfrage nach Weiterbildungsmöglichkeiten für PflegeassistentInnen. Er eröffnet zwei Möglichkeiten:

- Die Ausbildung schafft einen Zugang zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (ohne Verkürzung der Ausbildungszeit)
- und/oder gewährt einen Zugang zur Altenpflegeausbildung mit der Verkürzung der Ausbildungszeit um ein Jahr.

Irland: Healthcare Assistants haben Zugang zum Hochschulwesen und die Möglichkeit, sich auf eine begrenzte Zahl an »Patenschaften« zu bewerben, um eine Pflege- oder Hebammenausbildung zu absolvieren. Außerdem besteht die Möglichkeit, Kurse zum Thema »Dienstaufsicht« oder »Untere Führungsebene« zu belegen. Durchlässigkeit und lebenslanges Lernen sind integraler Bestandteil des FETAC Ansatzes zur HCA-Ausbildung.

Schweiz: Es ist zentraler Bestandteil des Schweizer Bildungssystems, lebenslanges Lernen zu unterstützen. Dies trifft auch auf das neue Modell der HCA-Ausbildung zu. Recherchen zeigen, dass 50% der HCAs, die ihre Ausbildung über das neue Modell absolviert haben, anschließend Pflegewissenschaften auf Universitätsebene studierten.

¹⁹ Europäische Kommission (2012) Commission Staff Working Document: Partnership and flexible pathways for lifelong skills development, Accompanying the document – Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes, p. 18-19.

Das Modell wurde noch nicht abschließend evaluiert – erste Indikatoren zeigen jedoch, dass es Potenzial für einen nachhaltigen Ansatz einer zeitgemäßen HCA-Ausbildung bietet. Auf diese Weise werden Fachkräfte in verschiedenen beruflichen Umgebungen unterstützt. Die Ausbildung bietet gute Möglichkeiten zur Nachfolgeplanung und Personalentwicklung.

Vereinigtes Königreich: Gesundheits- und PflegeassistentInnen können sich bei Interesse und Neigung auf verschiedenen Wegen weiterentwickeln. Die allgemeinen Kenntnisse, die ihnen in ihrer Ausbildung vermittelt werden, ermöglichen den HCAs eine Anstellung in diversen Settings.

Der nächste Entwicklungsschritt kann zu einem »Higher Education Certificate« – ähnlich dem Abitur – und einer Qualifizierung zum »Assistant Practitioner« mit erweiterten Zuständigkeiten führen. Überdies besteht – mit Unterstützung des Arbeitgebers – auch die Möglichkeit, einen Universitätsabschluss in einer Pflege- oder Sozialwissenschaft zu erlangen.

Registrierung

A. Definition

Die Registrierung ist ein formalrechtlicher Prozess, durchgeführt von einer öffentlichen Behörde oder einem professionellen Gremium (Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Hebammen etc.). Ohne eine erfolgreiche Vollendung der HCA-Ausbildung ist eine Registrierung nicht möglich.

B. Empfehlungen

Es wird empfohlen, dass die HCA-Registrierung durch eine Instanz der Selbstverwaltung der Berufsgruppe oder durch eine staatliche Behörde erfolgen sollte.

Die Registrierung sollte mit der Auflage verbunden sein, dass eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung im weiteren Berufsleben erfolgt.

C. Begründung der Empfehlungen

In den Länderprofilen und Best-Practice Beispielen zeigt sich eine große Spannweite, die von fehlenden bis hin zu verpflichtenden Registrierungen für Gesundheits- und PflegeassistentInnen reicht. In 5 von 15 Ländern ist die Registrierung von HCAs verpflichtend. Sie kann durch eine staatliche Organisation (Dänemark und Finnland) oder durch eine Behörde der Selbstverwaltung der Berufsgruppe (Slowenien, Tschechische Republik) durchgeführt werden.

In Slowenien ist die Registrierung mit der Verpflichtung verbunden, dass sie alle 7 Jahre erneuert werden muss. Dabei ist zu belegen, dass in der Zwischenzeit Weiterbildungsmaßnahmen besucht wurden. In der Schweiz gibt es keine verpflichtende Registrierung, sondern lediglich eine Behörde, die für die Abschlusszeugnisse zuständig ist.

Es gibt gewichtige Argumente, die für eine Registrierung in Verbindung mit einer Verpflichtung zur Weiterbildung sprechen:

Qualität der Pflege

Wenn Registrierung und eine regelmäßige Verpflichtung zur Fortbildung kombiniert werden, kann sichergestellt werden, dass HCAs auf einem hohen pflegerischen Level agieren können. Eine Registrierung von Gesundheits- und PflegeassistentInnen innerhalb des jeweiligen Landes gewährleistet einen qualitativen Standard – was insbesondere mit Blick auf die EU-Mobilität von hoher Bedeutung ist.

Mit einem einheitlichen Ansatz zu Registrierung und Lizenzierung können somit nicht nur die Ausbildungsstandards, sondern auch Qualitätsanforderungen bei Berufsausübung im Ausland sichergestellt werden.

Patientensicherheit

Eine Registrierung kann neben der Qualität der Pflege auch einen Beitrag zur Patientensicherheit leisten. Auf diese Weise kann eine funktionelle, richtige und hochwertige Ausführung der pflegerischen Maßnahmen gewährleistet werden.

Empfänger von Pflege und Pflegeorganisation

Eine Registrierung von HCAs schafft für den Pflegeempfänger persönliche Sicherheit (Verbraucherschutz) und stellt für die HCAs beschäftigende Organisation sicher, dass diese über eine Qualifikation aus Basis geregelter Standards verfügen.

Nationale Gesundheitspolitik

Eine aktuelle Datenbank über registrierte HCAs bietet einen Gesamtüberblick über die Berufsgruppe und erleichtert damit eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung und gezielte Planung. Es wird eine umfassende Übersicht über den Berufsstand nach Anzahl, Altersstruktur, räumlicher Aufteilung und Qualifikation bereitgestellt.

Berufsgruppe

Obwohl das wesentliche Ziel einer Registrierung darin liegt, die Sicherheit der Patienten und der Öffentlichkeit zu gewährleisten, wird auf diese Weise auch die Position der HCAs selbst innerhalb des Gesundheitswesens und anderer Gesundheitsberufe gestärkt.

D. Best-Practice Beispiele

Dänemark: In Dänemark werden Registrierung und Lizenzierung durch den Staat geregelt: Es gibt eine verpflichtende Registrierung für die Zielgruppe der HCAs. Die verantwortliche Organisation ist die »Danish Authorization«.

Finnland: In Finnland wird die Registrierung ebenfalls durch eine staatliche Behörde reguliert. Für die Berufsgruppe der HCAs gibt es eine verpflichtende Registrierung. Die zuständige Behörde ist die gleiche, wie jene, die für die Lizenzierung zuständig ist (National Supervisory Authority for Welfare and Health).

Slowenien: In Slowenien wird die Registrierung durch eine Behörde der Selbstverwaltung vorgenommen. Die »Nurses and Midwives Association of Slovenia« ist für die verpflichtende Registrierung der HCAs zuständig. Um ihre Registrierung aufrechtzuerhalten, müssen HCAs in regelmäßigen Intervallen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Anspruch nehmen.

Kompetenzen

A. Definition

Der Begriff »Kompetenzen« beschreibt eine dynamische Kombination aus kognitiven und meta-kognitiven Fähigkeiten, Wissen und Verständnis, zwischenmenschlichen, intellektuellen und praktischen Fähigkeiten.

Die Förderung dieser Kompetenzen ist das Ziel aller Ausbildungsprogramme. Kompetenzen werden in den verschiedenen Kursmodellen vermittelt und in verschiedenen Phasen der Ausbildung geprüft.

Einige Kompetenzen sind fachspezifisch (je nach Ausbildungsrichtung), andere sind allgemeiner Natur (und für jeden Kurs gültig). In der Regel verläuft die Entwicklung der Kompetenzen im Laufe der Ausbildung integriert und zyklisch.

B. Empfehlungen und Begründung für die Empfehlungen

Die HCA Ausbildung sollte kompetenzbasiert aufgebaut sein und somit die Gesundheits- und PflegeassistentInnen darauf vorbereiten, die künftigen Arbeitsanforderungen zu bewältigen. Die entsprechenden Grundsätze müssen durch Lehrer, Fachkräfte und Arbeitgeber entwickelt werden. Kompetenzen können gemessen und evaluiert werden, sind übertragbar und eignen sich, um die gewünschten Arbeitsumgebungen für HCAs zu schaffen.

Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) hat zum Ziel, die Qualifikations-/Ausbildungssysteme verschiedener Länder zu einem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen zu verknüpfen. Derzeit wird zwischen 8 Referenz-Level unterschieden, die beschreiben, was der Lernende weiß, versteht und in der Lage ist zu tun – »Lernziele«. Gegenwärtig finden sich in den unterschiedlichen EU-Ländern im Rahmen der HCA-Ausbildung große Unterschiede in der Einstufung dieser Lernziele. Künftig sollten die Gesundheits- und PflegeassistentInnen in allen EU-Mitgliedsstaaten auf dem Level 4 EQR eingestuft werden.

Dies würde die Mobilität der Beschäftigten und der SchülerInnen innerhalb Europas fördern. Eine generalistische HCA-Ausbildung (s. Empfehlungen zum Punkt »Lehrplan«) muss die erforderlichen Kompetenzen vermitteln, um das Pflegepersonal von PatientInnen unterschiedlicher Zielgruppen und Settings unterstützen zu können.

Die Fähigkeit, mit verschiedenen Berufsgruppen arbeiten zu können, ist notwendiges Ziel der Ausbildung. Dabei ist es hilfreich, die angestrebten Kompetenzen für die HCA-Ausbildung in Kompetenzbereiche zu unterteilen. Somit werden die Kompetenzen der HCAs nicht nur auf Fertigkeiten beschränkt, sondern auch wichtige und prägnante fachliche Fähigkeiten in den Blick genommen.

Fachliche Kompetenz

Übergreifend zählen hierzu alle Einsichten, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die erforderlich sind, um Pflegekonzepte so anzuwenden, dass sie der jeweiligen Situation des Pflegebedürftigen – seiner Gesundheit und Selbständigkeit, Aktivierung oder Schonung, seiner Gebrechlichkeit oder seinem bevorstehenden Tod – entsprechen.

Überträgt man dies auf die Aufgabengebiete der HCAs, gehören hierzu beispielsweise, grundpflegerische Maßnahmen in stabilen Pflegesituationen sicher durchzuführen oder Notfallsituationen und Veränderungen der Pflegesituation durch gezielte Beobachtung rechtzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Sozial-kommunikative Kompetenz

Durch sozial-kommunikative Kompetenz wird das empathische Verstehen aus der Perspektive des Pflegebedürftigen ebenso erfasst wie die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, zu halten und zu beenden. Des Weiteren wird unter sozial-kommunikativer Kompetenz die Konflikt- sowie Kritikfähigkeit verstanden. Hierzu gehören für HCAs z. B. Kontakte mit pflegebedürftigen Menschen herzustellen, mit ihnen einen respektvollen Umgang zu pflegen und sie unter Beachtung der wesentlichen Vorbeugemaßnahmen bei der Grundversorgung zu unterstützen, Ressourcen im Rahmen ihres Handlungs- und Kompetenzspielraumes zu erkennen, aktivierend in die Pflegehandlung einzubeziehen sowie pflegebedürftige Menschen bei der Lebensgestaltung im Alltag unter Beachtung der individuellen Lebensgeschichte, der Kultur und der Religion zu unterstützen (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Methodische Kompetenz

Hierbei geht es um Fähigkeiten des Wissenserwerbs und –erhalts sowie um die Fähigkeit zur verantwortlichen Mitwirkung, insbesondere im Rahmen der Gesundheitsförderung sowie der Versorgung und Begleitung von Pflegeempfängern. Bezogen auf die HCAs gehört hierzu beispielsweise, im Pflegeprozess bei der Erstellung von Biographie und Pflegeplanung unterstützend mitzuwirken, den Pflegebericht fortzuschreiben und die eigenen Tätigkeiten selbstständig zu dokumentieren (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Persönliche Kompetenz

Eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden ist ein zentraler Bestandteil persönlicher Kompetenz. Hier geht es also um die Fähigkeit, mit erwarteten Belastungen umzugehen und diese für sich bearbeiten zu können. Ein weiterer Bestandteil persönlicher Kompetenz ist das Vertrauen in sich selbst und die Fähigkeit, sich selbst zu positionieren. Hierzu zählt etwa, mit anderen Berufsgruppen unter Reflexion der Situation und der eigenen Rolle zusammenzuarbeiten (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

C. Best-Practice Beispiele

Deutschland (Niedersachsen): Eine Kategorisierung in Kompetenzbereiche findet in Deutschland im vorgestellten Beispiel aus Niedersachsen statt: *»Der/die Pflegeassistent/in bietet PatientInnen Unterstützung bei der Grundpflege und in der Bewältigung ihres Alltags.«*

Er/Sie ist sensibel gegenüber der individuellen Leistungsfähigkeit und den Bedürfnissen einer Person im Zusammenhang mit ihrer besonderen Situation.«

In Niedersachsen werden »allgemeine Fähigkeiten« wie folgt definiert:

- Sie sind Teil der wissensbasierten professionellen Fähigkeiten (prozessorientierte Aktivitäten, Berücksichtigung von Standards) und Planungs-Skills (unter Berücksichtigung der Ressourcen und Probleme, der individuellen Geschichte der PatientInnen und dem gesetzlichen Geltungsbereich der HCA-Zuständigkeiten)
- Als Teil der Wahrnehmung der Fähigkeiten innerhalb einer Belegschaft: Empathie, Verantwortung und Eigenständigkeit (unter Berücksichtigung des gesetzlichen Geltungsbereichs der HCA-Zuständigkeiten)
- Kreatives Engagement
- Als Teil sozialer Fähigkeiten: freundliches, unvoreingenommenes und respektvolles Verhalten
- Interpersonale Fähigkeiten
- Teamwork und Kooperation
- Fähigkeiten zur Kommunikation
- Fähigkeit, Bedenken zu kommunizieren
- Reflexionsfähigkeit

Slowenien: Einen interessanten Ansatz bietet das Best-Practice Beispiel aus Slowenien – hier werden die Aufgaben, die durch das Pflegepersonal ausgeführt werden, aufgeteilt: *»Es gibt ein nationales Dokument, welches die spezifischen pflegerischen Interventionen, die durch das Pflegepersonal ausgeführt werden, auflistet. Die Liste enthält 1.576 solcher Interventionen, von denen Fachkräfte 100 % ausführen dürfen. Die HCAs dürfen 88 % (521 Interventionen) der grundlegenden pflegerischen Interventionen durchführen, 43 % (234) spezieller pflegerischer Interventionen und 65 % (295) »anderer« pflegerischer Interventionen. Ein durchschnittlicher HCA darf 66,6 % der 1.576 pflegerischen Interventionen durchführen. Die Pflegefachkraft ist für einen ganzheitlichen pflegerischen Ansatz verantwortlich und der/die LeiterIn des Teams.«*

Dänemark: Dänemark unterscheidet zwischen Kompetenzen, die erlernt werden müssen und die erlernt werden sollten. Eine Unterteilung in verschiedene Kompetenzbereiche ist jedoch auch erkennbar. Die Zielsetzung der dänischen Ausbildung zum »social healthcare assistants« ist durch das dänische Gesetz »act no 343« vom 16.05.2001 definiert: *»Die Ausbildung sollte einen Beitrag zur Entwicklung der beruflichen, akademischen und persönlichen Fähigkeiten der Lernenden leisten. Die SchülerInnen haben die Möglichkeit elementare Dänisch-, Englisch- oder Naturwissenschaftskurse zu belegen, um im Anschluss an ihre Ausbildung*

Zugang zur Pflegepädagogik zu erhalten. Außerdem sollte die Ausbildung den Arbeitsmarkt, die berufliche Mobilität und die Bedürfnisse der Lernenden beachten.

- Die Ausbildung muss einen Beitrag zur Fähigkeit der Auszubildenden leisten, individuelle Standpunkte formulieren zu können sowie produktiv kooperieren und kommunizieren zu können.
- Außerdem sollte sie die Fähigkeit fördern, akademische und soziale Probleme zu lösen, Flexibilität und einen Sinn für die Qualität der Arbeit zu entwickeln.
- Der Erwerb grundlegender Fähigkeiten, speziell in Mathematik, Lesen, mündlicher und schriftlicher Kommunikation und der Gebrauch von IKTs sollten in die Ausbildung integriert sein.
- Die Ausbildung muss zur Entwicklung der innovativen und kreativen Fähigkeiten der SchülerInnen beitragen – stets mit Blick auf die Entwicklung branchenspezifischer Produkte und Dienstleistungen. Unternehmerisches Denken als Basis für die Gründung eines eigenen Unternehmens gehört hier auch dazu.
- Generell sollten die persönlichen Fähigkeiten der Lernenden innerhalb der Ausbildung gefördert werden.«²⁰

Irland: Irland unterscheidet zwischen Fähigkeiten, Wissen, Kompetenzen und Erkenntnissen. Die folgende Liste repräsentiert die Ausbildungsinhalte, die sich auf »The Qualifications and Quality Assurance Authority of Ireland (QQAI)« beziehen. Sie sollen die Lernenden befähigen, Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen zu erwerben, die es ihnen ermöglichen, unter Aufsicht in verschiedenen pflegerischen Settings zu arbeiten. Auf diese Weise können sie ihre Rolle als Leistungserbringer verbessern und sich im Anschluss an die HCA-Ausbildung weiterbilden.

Fähigkeiten: Es muss eine erkennbare Bandbreite von praxis-relevanten, evidenzbasierten, interpersonellen und pflegerischen Fähigkeiten zur Ausübung pflegerischer Leistungen innerhalb verschiedener Settings und für verschiedene Patientengruppen nachgewiesen werden. Zudem müssen Informationen evaluiert und genutzt werden können, um angemessene pflegerische Strategien prüfen, planen, ausüben und evaluieren zu können.

Wissen: Es muss ein erkennbarer Umfang an Wissen, das mit der Bereitstellung von pflegerischen Leistungen/Fertigkeiten und dem Wohlbefinden der PatientInnen in unterschiedlichen Settings einhergeht, nachgewiesen werden. Die Kenntnis über die Bandbreite an Theorien, praktischen Leitfäden und rechtlichen Anforderungen, die mit der Bereitstellung von pflegerischen Leistungen einhergeht, muss aufgezeigt werden.

Kompetenzen: Wissen, Fähigkeiten und Standpunkte müssen innerhalb einer großen Spanne verschiedener Pflegekontexte angewandt werden können – stets in Übereinstimmung

²⁰ Nähere Informationen finden Sie im Länderprofil Dänemark unter www.hca-network.eu

mit akzeptierten Praxisrichtlinien sowie der derzeitigen und künftigen Gesetzgebung in Bezug auf das pflegerische Umfeld. Unter Aufsicht soll zur Planung, Implementierung und Evaluation der Pflege beigetragen werden können – dabei sollen die pflegerischen Leistungen auf spezifizierte Patientengruppen angewandt werden können, um das Verständnis über die Bedürfnisse der PatientInnen mit Blick auf den Erhalt ihrer Unabhängigkeit, ihrer Würde, des Respekts und ihres Selbstwertgefühls zu erleichtern.

Erkenntnisse: Während der Arbeit mit PatientInnen und deren Familien, soll das Praxiswissen reflektiert werden, um die praktischen Fähigkeiten, das eigene Selbstverständnis und die persönliche Entwicklung zu fördern.

Finnland: Das finnische Länderprofil zeigt, dass eine zweijährige Grundausbildung mit anschließender Spezialisierung in einem von neun Bereichen durchaus möglich ist. Diese Spezialisierungsfelder beziehen sich auf unterschiedliche Zielgruppen: Notfallpflege, Rehabilitation, Kinder- und Jugendpflege, Behindertenpflege, Altenpflege, Substanzmissbrauch, Sozialarbeit, Informationsmanagement oder Kundendienst. Die Ausbildung hat eine Dauer von 3 Jahren in Vollzeit. In den ersten 2 Jahren belegen alle Lernenden die gleichen Kurse. Im dritten Jahr können die SchülerInnen dann eines von 9 Wahlfächern für ihre Spezialisierung belegen. So kann beispielsweise die Spezialisierung der Altenpflege gewählt und in der Rehabilitation gearbeitet werden. HCAs können aufgrund ihrer breiten Ausbildung auch in Kindergärten oder Sonderschulen arbeiten. Die Mehrzahl arbeitet jedoch in Krankenhäusern oder Altenpflegeheimen. Es besteht zudem die Möglichkeit, sich später auf ein weiteres Feld zu spezialisieren. Bereits in der Arbeitspraxis gesammelte Berufserfahrungen können verkürzend auf die Ausbildung angerechnet werden.

Die Beziehung zwischen HCAs und Pflegefachkräften

A. Definition

HCAs arbeiten unterstützend zum Pflegefachpersonal. Dies legt eine enge Kooperation mit den examinierten Fachkräften und den übrigen Beschäftigten nahe. Daher sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten von HCAs
- Vereinbarungen zur Beaufsichtigung von HCAs
- Abgrenzung zwischen delegierten und zugeordneten Aufgaben (delegated vs. allocated)
- Mentoring und Unterstützung von HCAs
- Zusammenarbeit innerhalb gesicherter/festgelegter Rahmenbedingungen

B. Empfehlungen

Gesundheits- und PflegeassistentInnen arbeiten im Bereich der Pflege und Versorgung von Menschen aller Altersgruppen in diversen Akut- und Grundversorgungsumgebungen mit Fachkräften zusammen.

Da die HCA-Ausbildung in den meisten der teilnehmenden Länder nicht auf eine eigenständige Tätigkeit ausgelegt ist, sollten HCAs regelmäßig unter Aufsicht von höherqualifiziertem Pflegepersonal arbeiten. Auf diese Weise lernen sie während ihrer Ausbildung, wie sie im Rahmen der ihnen zugeordneten Aufgaben im Team arbeiten und sich damit in die Belegschaft integrieren.

Gesundheits- und PflegeassistentInnen führen somit ihnen übertragene – delegierte – Aufgaben aus, die zuvor von Fachkräften geplant, beaufsichtigt und begutachtet wurden. Innerhalb stabiler Pflege-Umgebungen enthält diese Verpflichtung zur Delegation auch die Aufgabe, den HCAs konkrete Anweisungen zu geben.

Diese Form der Arbeitsorganisation erfordert eine klare Differenzierung der Aufgabengebiete von Fachkräften und HCAs. Hierfür ist ein rechtlicher Rahmen notwendig, wie er in Finnland zu finden ist.

C. Best-Practice Beispiele

Die Analyse der 15 Länderprofile zeigt, dass HCAs – mit Ausnahme Finnlands – unter der Aufsicht von Fachkräften, in Einzelfällen auch Mediznern, arbeiten. In Finnland können die Gesundheits- und PflegeassistentInnen demgegenüber innerhalb eines gesetzlichen Rahmens selbstständig arbeiten. Dies trifft vor allem auf die Altenpflege und die ambulante Pflege zu. Wenn HCAs zusammen mit Fachkräften arbeiten, übernimmt die Fachkraft die Funktion als direkter Vorgesetzter.

Irland: In Irland sind HCAs für ihre Tätigkeiten im Bereich der Pflege verantwortlich. Sie dürfen keine pflegerischen Aufgaben erfüllen, für die sie nicht geschult wurden. HCAs arbeiten unter Aufsicht von Fachkräften, sind ihnen gegenüber berichtspflichtig und müssen in das Pflegeteam integriert werden. Das Pflegepersonal delegiert die Aufgaben getreu ihres professionellen Urteilvermögens und im Rahmen der Kompetenzen der HCAs.

A. Definition

Unter »EU-Mobilität« wird die Möglichkeit verstanden, als Gesundheits- und PflegeassistentIn neben dem Herkunftsland auch in anderen europäischen Ländern arbeiten zu können – im Normalfall ohne weitere Ausbildung. Der Terminus umfasst die Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb und außerhalb der EU.

B. Empfehlungen

Im Gegensatz zur gegenwärtigen Rechtslage wird eine EU-weite Anerkennung der HCA-Ausbildung empfohlen, die die EU-Mobilität von HCAs fördert. HCAs aus EU-Mitgliedsstaaten, die ihre Berufsqualifikation innerhalb eines EU/EWR-Landes erhalten haben, sollten die uneingeschränkte Möglichkeit erhalten, in allen EU-Mitgliedsstaaten arbeiten zu können.

Hierfür sollten die HCAs adäquate Sprachkenntnisse²¹ und Kommunikations-Skills in den offiziellen Landessprachen des jeweiligen Landes, in dem sie arbeiten wollen, vorweisen. Um die Patientensicherheit und eine höhere Mobilität innerhalb Europas gewährleisten zu können, bedarf es:

- eines Nachweises über die Registrierung als HCA im Herkunftsland,
- detaillierter Informationen zum Qualifikations-Level,
- Informationen über bisherige, relevante Arbeitserfahrungen und
- vereinbarter Angleichungssysteme und harmonisierter Ausbildungsprogramme.

C. Begründung der Empfehlungen

Die derzeitige Situation einer EU-weit fehlenden Regulierung der Gesundheits- und PflegeassistentInnen stellt sich wie folgt dar:

- Die jeweilige Lizenzierungsbehörde ermittelt, ob die Qualifikation der Bewerber den nationalen HCA-Ausbildungsstandards entspricht.
- Wird die Ausbildung als äquivalent betrachtet, erhalten die Bewerber das Recht, registriert zu werden und als HCA zu arbeiten.

- Zeigt die Ermittlung einen nicht ausreichenden Ausbildungsstandard, müssen die Bewerber weitere Kurse und Maßnahmen durchlaufen, um die Erlaubnis zu erhalten, als lizenziertes HCA arbeiten zu dürfen.
- Ausgleichsmaßnahmen können einen Fähigkeitstest oder eine Anpassungszeit umfassen. Der Fähigkeitstest beurteilt dabei die grundlegenden pflegerischen Fähigkeiten, die Anpassungszeit beschreibt einen Zeitraum, innerhalb dessen unter Aufsicht gearbeitet werden muss.
- Die Bewerber sollten die Möglichkeit haben, zwischen Test und Anpassungszeit zu wählen.

Solange es keine EU-weite Regulierung der Gesundheits- und PflegeassistentInnen gibt, muss jeweils im Einzelfall ermittelt werden, ob die jeweilige HCA-Ausbildung eines Landes äquivalent zu der des Ziellandes ist. Ziel sollte jedoch eine EU-weite Mobilität für HCAs ohne Restriktionen sein. Dies wird nur dann möglich sein, wenn man sich auf eine EU-weit einheitliche Regulierung der HCA-Ausbildung einigt. Vor allem der steigende Bedarf an Gesundheits- und PflegeassistentInnen innerhalb der EU-Länder stellt einen wichtigen Grund dar, warum eine rechtssichere Mobilität für HCAs innerhalb Europas gewährleistet werden sollte. Hierdurch wird nicht nur eine bessere Unterstützung der Pflegeberufe sichergestellt, sondern auch ein bedeutender Beitrag zur Patientensicherheit geleistet.

Bis eine EU-weite Mobilität im HCA-Bereich rechtssicher ausgestaltet ist, können bilaterale Vereinbarungen zwischen den EU-Ländern eine geeignete Grundlage bilden – wie bereits von der WHO Prometheus Studie empfohlen. Darin wurde festgestellt, dass bilaterale Mobilitätsvereinbarungen zur gegenseitigen Anerkennung von Abschlusszeugnissen/Diplomen beitragen können. Wenn es darüber hinaus stabile Rahmenvereinbarungen für eine internationale Personalplanung gäbe, könnten grenzüberschreitende Kooperationen zur Lösung lokaler Personalfragen genutzt werden.²²

Ein weiterer Problemlösungsansatz liegt in der Berufsqualifikationsrichtlinie (früher Richtlinie 2005/36/EU, jetzt 2013/55/EU). Die Richtlinie zeigt die Möglichkeit des Aufbaus eines sogenannten »common training frameworks« (CTF) – »gemeinsamer Ausbildungsrahmen« (Artikel 49) auf. Zusammen mit »common training tests« könnte somit ein neuer Weg der automatischen Anerkennung geschaffen werden. Ein CTF sollte auf einem gemeinsam vereinbarten Mix aus Wissen, Skills und Kompetenzen bestehen, die benötigt werden, um den Beruf der Gesundheits- und PflegeassistentInnen auszuüben. Ein CTF kann dann aufgebaut werden, wenn die betreffende Berufsgruppe oder Ausbildung in mindestens 1/3 der Mitgliedstaaten

²¹ Diese Standards legen die jeweiligen Länder fest.

²² Wismar, Maier, Glinos et al. (Eds.) (2011): Health Professional Mobility and Health Systems, Observatory Studies Series 23, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2011, p. 84.

reguliert ist. Qualifikationen und Ausbildungen, die im Rahmen eines solchen gemeinsamen Ausbildungsrahmens erlangt wurden, sollten innerhalb der anderen teilnehmenden Mitgliedsstaaten automatisch anerkannt werden.

D. Best-Practice Beispiele

Da die HCA-Ausbildung in zahlreichen EU-Ländern nicht reguliert ist und es keinen formellen Registrierungsprozess für diese Berufsgruppe gibt, ist es schwierig, Beispiele guter Praxis in dieser Kategorie zu finden. Der bereits existierende, von der EU-Kommission initiierte Europass stellt jedoch ein Instrument dar, welches europäischen Bürgern hilft, ihre Kompetenzen und Qualifikationen auf einheitliche und übersichtliche Art und Weise darzustellen.²³

Unterstützung informell Pflegender durch HCAs

A. Definition

HCAs stehen häufig in Kontakt mit informell Pflegenden, wenn sie am Wohnort ihrer PatientInnen oder anderen kommunalen Pflegesettings arbeiten. Informell Pflegende können Verwandte, Ehepartner, Freunde oder ehrenamtlich Tätige sein.

B. Empfehlungen

Die HCA-Ausbildung sollte den/die künftige Gesundheits- und PflegeassistentIn darauf vorbereiten, informell Pflegende zu unterstützen. Wichtige Aspekte, die die Ausbildung daher umfassen sollte, sind:

- Aktive Unterstützung der Familie/der Pflegenden
- Beobachtung der Pflegebedürftigen im Hinblick auf Veränderungen ihrer Bedürfnisse im Bereich der Sozialleistungen, Dienstleistungen, Unterstützungsbedarfe und des häuslichen Umfelds.
- Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien bei der Suche nach weiteren Dienstleistungen, Sozialleistungen oder Hilfsmitteln, Kooperation mit Experten und Spezialisten ehrenamtlicher Organisationen.

HCAs sollten etablierten Konzepten zu diesen Themenbereichen folgen. Dort, wo sie selbstständig arbeiten dürfen, sollten sie in der Lage sein, unmittelbar auf Organisationen, ehrenamtliche Hilfestellen und Experten zu verweisen.

²³ Siehe: <http://www.bibb.de/de/wlk8646.htm>

C. Begründung der Empfehlungen

Informell Pflegende spielen in der Zukunft der Gesundheitsfürsorge eine wichtige Rolle, vor allem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In Gesellschaften mit steigender Zahl älterer und chronisch kranker Menschen ist die Hilfe von informell Pflegenden zunehmend wichtig, um die steigenden Anforderungen an Betreuung und Unterstützung zu erfüllen. Eine entsprechend gestaltete HCA-Ausbildung bereitet künftige Gesundheits- und PflegeassistentInnen darauf vor, in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens auch mit informell Pflegenden zusammenzuarbeiten – insbesondere im Bereich der Altenpflege.

6. Fazit – Vorschläge zum weiteren Vorgehen

In den meisten europäischen Ländern spielen Gesundheits- und PflegeassistentInnen (HCAs) eine wichtige Rolle, um die Pflege der Bevölkerung sicherstellen zu können. Angesichts alternder Gesellschaften und damit auch alternder Belegschaften innerhalb der Gesundheits- und Pflegeberufe wird die Bedeutung und der Bedarf an HCAs zukünftig steigen, damit auch weiterhin genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Die Regulierung, Ausbildung und Examinierung/Prüfung von HCAs in Europa ist derzeit sehr heterogen ausgestaltet. Die Ausbildungsdauer reicht von 1 Jahr bis zu 4 Jahren. In vielen Ländern gibt es keine nationalen Standards für die Ausbildung von Gesundheits- und PflegeassistentInnen. Innerhalb der 15 am Projekt teilnehmenden EU-Länder schreiben nur 6 Länder eine Registrierung vor. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Durchlässigkeit) und die EU-weite Mobilität für HCAs derzeit starken Einschränkungen unterliegen. Trotz dieser heterogenen Situation innerhalb der EU bilden HCAs aber schon heute das Rückgrat der Betreuung und Fürsorge von Pflegebedürftigen. In Anbetracht dieser Beobachtungen sind Entwicklungen in Richtung einer EU-weiten Anerkennung von Ausbildungsstandards und beruflichen Tätigkeitsschwerpunkten notwendig. Die in diesem Sinne formulierten Projektempfehlungen basieren dabei auf den in den Teilnehmerländern gesammelten Daten zu HCAs, den Diskussionen der Experten des Pilotnetzwerkes und der Projektpartner sowie den Ergebnissen eines Projektworkshops mit Stakeholdern und Experten verschiedener Länder und Organisationen in Brüssel. Die Empfehlungen machen deutlich, in welche Richtung sich die HCA-Ausbildung europaweit entwickeln könnte und sollte, um auch für die Zukunft ausreichend Beschäftigte für die Gesundheits- und Pflegeberufe zu gewinnen und gleichzeitig eine hohe Patientensicherheit, Arbeitsqualität, Job-Zufriedenheit und ausreichende Berücksichtigung des Verbraucherschutzes zu gewährleisten. Das Projekt hat gezeigt, wie wichtig es ist, die Potenziale der heutigen und künftigen Beschäftigten des Gesundheitswesens zu fördern und sie in die Lage zu versetzen, Aufgaben an HCAs delegieren zu können. Die Ausbildung sollte dabei aber mit standardisierten Rahmenvorgaben im Bereich der Registrierung und Weiterbildung kombiniert werden. Zusammen bilden diese drei Elemente die Basis für eine verbesserte EU-Mobilität und die Rekrutierung von Arbeitskräften mit besseren Karriereoptionen. Diese horizontalen und vertikalen Weiterentwicklungsmöglichkeiten bieten – wie auch die im vorliegenden Bericht skizzierten Empfehlungen zeigen – einen wichtigen Lösungsansatz in der Auseinandersetzung mit der demografischen Entwicklung und dem zunehmenden Fachkräftebedarf. Von Bedeutung ist an dieser Stelle auch die 2010 erschienene »Agenda for new skills and jobs: A European contribution towards full employment«²⁴, die inzwischen zum EU-Ziel erklärt worden ist. Mit Blick auf die große Bandbreite an Assistenzkräften im europäischen Gesundheitswesen hat das Projekt überdies die Notwendigkeit für ein gemeinsames Verständnis der Rolle, Kernkompetenzen und (Weiter-) Bildungsstandards für HCAs deutlich gemacht. Durch eine länderüber-

greifende Vereinbarung im Rahmen des gemeinsamen Ausbildungsrahmens (CTF) für Gesundheits- und PflegeassistentInnen infolge der Richtlinie 2013/55/EU sollte dies weiter gestärkt werden. Paragraph 49a erweitert hierbei das auf Basis des Ausbildungs- und Prüfungsrahmens bereits existierende System der automatischen Anerkennung um weitere Berufsgruppen. Wenn mindestens 1/3 der EU-Mitgliedsstaaten den Zugang zu einem Gesundheits- und Pflegeberuf standardisiert regulieren, kann ein CTF etabliert werden. Die so erlangte Qualifizierung würde dann automatisch in allen teilnehmenden Ländern anerkannt werden können. Zu allererst sollten verbesserte Ausbildungsprogramme für Gesundheits- und PflegeassistentInnen aber der Selbstversorgung des nationalen Gesundheitswesens dienen. Die Kooperation mit anderen EU-Mitgliedsstaaten führt jedoch zu vergleichbaren Ausbildungs- und gemeinsamen Qualitätsstandards, die wiederum die berufliche Entwicklung und Weiterbildungsoptionen innerhalb der EU fördern. Eine neu ausgerichtete HCA Ausbildung würde auf diese Weise automatisch zu ökonomischen Synergien führen, die ebenfalls die gewünschten Ergebnisse dieses Berichtes behandeln.

NÄCHSTE SCHRITTE – Wie könnte die Zukunft aussehen?

Das vorliegende Projekt hat zu einem höheren Bewusstsein über den fragmentierten Ansatz der HCA-Ausbildung und Regulierung in Europa geführt. Gesundheitsdienstleister und Experten, die an diesem Projekt beteiligt waren, hatten die Möglichkeit, voneinander zu lernen und die Erfahrungen in ihrem nationalen Tätigkeitsgebiet zu nutzen. Die gewonnenen Erkenntnisse haben die Einsicht der Projektteilnehmer verstärkt, dass der Zeitpunkt einer Umsetzung der im vorliegenden Bericht formulierten Empfehlungen nicht versäumt werden darf. Für die weitere, zielgerichtete Nutzung des initiierten Pilotnetzwerkes wird überdies empfohlen:

- Die Kooperation innerhalb des Pilotnetzwerkes sollte aufrechterhalten und weiterentwickelt werden.
- Die Datenbank sollte mittels einer Umfrage unter den Mitgliedern des Netzwerkes jährlich aktualisiert werden.
- Die Projekthomepage sollte aufrechterhalten und fortlaufend aktualisiert werden. Sie soll als nutzbares Instrument für Gesundheitswissenschaftler, Gesundheits- und Pflegepädagogen und Wissenschaftler dienen.
- Es sollte in Erwägung gezogen werden, ein Pilotnetzwerk ins Leben zu rufen, in dem sich eine überschaubare Anzahl an EU-Mitgliedsstaaten auf einen gemeinsamen Referenzrahmen zur HCA-Ausbildung verständigt. Hierbei sollten identifizierte Best-Practice Beispiele Berücksichtigung finden.

Das Projekt hat neben einer faktenbasierten Datenbank auch ein tieferes Verständnis darüber geschaffen, dass die Zeit reif ist, zu handeln. Eine nutzenorientierte Anwendung der vorliegenden Projektergebnisse wäre eine zukunftsweisende Investition in ein nachhaltiges Gesundheitspersonal für Europa.

²⁴ Europäische Kommission (2010): An Agenda for new skills and jobs: A European contribution towards full employment, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0682:FIN:EN:PDF>.

7. Glossar

Ability – Fähigkeiten:

»Fähigkeiten« beschreiben ein erlerntes oder natürliches Können, Kompetenz, Talent oder Fertigkeit, die ein Individuum dazu befähigt eine bestimmte Aufgabe, Beruf oder Handlung erfolgreich auszuführen.

Best-Practice Beispiel – (re education, Regulierung, Beschäftigung der Zielgruppe):

Ein Ausbildungs-, Regulierungs-, oder Beschäftigungsmodell, welches die beste Vereinbarkeit der ausgebildeten Person und die höchste Vergleichbarkeit mit alternativen Ausbildungen europäischer Länder zeigt. Ein solches Beispiel zeigt die höchst-mögliche Auswirkung einer gesteigerten Arbeitsmobilität innerhalb Europas auf.

Competences – Kompetenzen:

Kompetenzen repräsentieren eine dynamische Kombination von kognitiven und meta-kognitiven Fähigkeiten, Wissen und Verständnis, interpersonellen, intellektuellen und praktischen Fähigkeiten und ethischen Werten. Die Förderung dieser Kompetenzen ist das Ziel aller Ausbildungsprogramme. Einige Kompetenzen sind fachspezifisch, andere sind allgemein (Bestandteil jedes Studiums/Ausbildung). Normalerweise verläuft der Kompetenzerwerb in einer integrierten, zyklischen Weise und durch die Ausbildung hindurch.

Cross-border mobility – Grenzüberschreitende Mobilität:

Grenzüberschreitende Mobilität beschreibt das Recht von EU-Bürgern, sich innerhalb der Mitgliedsstaaten frei bewegen, residieren und arbeiten zu können. Letzteres sollte dabei unter den gleichen Bedingungen wie für die ansässigen Bürger des jeweiligen Mitgliedslandes geschehen können. (≠ Migration: Prozess der grenzüberschreitenden Bewegung, um dort zu leben und zu arbeiten – üblicherweise implizierend, dass sich nicht EU-Bürger in oder innerhalb der EU bewegen)

ECTS (European Credit Transfer System) – Europäisches System zur Anrechnung (und Akkumulierung) von Studienleistungen:

ECTS ist ein auf den Lernenden zentriertes System der Credit Ansammlung und des Transfers, basierend auf der Transparenz der Lernziele und Lernprozesse. Es zielt auf die vereinfachte Planung, Ausführung, Evaluation, Anerkennung und Validierung von Qualifikationen und Lerneinheiten ab. Außerdem soll es die Mobilität der Lernenden vereinfachen. ECTS werden innerhalb der formellen Hochschulbildung genutzt und können auf weitere Aktivitäten des lebenslangen Lernens angewandt werden.

European Qualification Framework (EQF) –

Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) für lebenslanges Lernen:

Der EQR ist ein Kontrollinstrument für die professionelle Qualifikation innerhalb Europas. Er wurde entwickelt, um zwei Ziele zu verfolgen: Die Förderung von Mobilität zwischen den Mitgliedsstaaten und die Vereinfachung lebenslangen Lernens. Der EQR umfasst die Allgemeinbildung, Erwachsenenbildung, Weiterbildung und den Zugang zur universitären Bildung. Der EQR enthält 8 Referenzlevel, die das ganze Spektrum von Grundbildung bis hin zum höchsten Bildungslevel abdecken. Diese Level beschreiben das Wissen, die Kenntnisse und Kompetenzen der Schüler/Studierenden unabhängig des Ursprungs der jeweiligen (Aus-)Bildung. Dies umfasst alle Qualifikationen vom Schulabschlusszeugnis bis zum höchsten Level akademischer oder professioneller Bildung. Somit dient der EQR allen Bürgern und Arbeitgebern als Instrument und Referenz um die verschiedenen Ausbildungssysteme der Länder vergleichen zu können.

Formal/professional care – Formelle Pflege:

Formelle oder professionelle Pflege beschreibt die Pflege durch eine Person, die eine formelle Ausbildung auf Basis vereinbarter Standards und Werte inne hält. Diese Person kann die durchgeführten pflegerischen Maßnahmen prüfen, festlegen, durchführen und evaluieren.

Formal qualification – Formelle Qualifikation:

Jeder Abschluss, Grad oder Zertifikat – ausgestellt durch eine zuständige Behörde – welches die erfolgreiche Vollendung eines anerkannten Studienprogramms bescheinigt und als formelle Qualifikation zählt.

Informal care – Informelle Pflege:

Das Gegenteil formeller Pflege ist informelle Pflege, die kranken und hilfebedürftigen Personen wie Älteren, beispielsweise durch Verwandte, Freunde oder Freiwillige bereitgestellt wird. Diese Form der Pflege findet außerhalb des organisierten Rahmens professioneller Arbeit statt. Informell Pflegenden können ein gewisses Grundwissen haben – werden üblicherweise nicht bezahlt.

Learning outcomes – Lernerfolge:

Ein Lernerfolg kann als Angabe darüber verstanden werden, was der/die Lernende wissen, verstehen und können soll, wenn der Lernprozess abgeschlossen ist. Lernerfolge werden auf Kompetenzlevel bezogen formuliert, welche durch den Lernenden erreicht werden sollen. Sie beziehen sich auf die Beschreibungen des Europäischen Qualifikationsrahmens.

Nurse educator – Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege:

Ein(e) Lehrer(in) für Gesundheits- und Krankenpflege ist eine Pflegefachperson mit pädagogischer Qualifizierung, die im Rahmen der theoretischen und/oder praktischen Ausbildung beschäftigt ist. Sie sollte mit den nationalen Standards und Kriterien der Pflegeausbildung vertraut sein und idealerweise an der Weiterentwicklung der Ausbildungsprogramme beteiligt sein.

Nurse leader – PflegemanagerIn:

Ein(e) Pflegemanager(in) ist eine Pflegefachperson mit der Zusatzqualifikation in Pflegemanagement. Neben der Leitung des Pflegedienstes ist sie auch zuständig für die Beratung im Zusammenhang mit Ausbildungsprozessen.

Nurse regulator:

»Nurse regulator« bezeichnet Mitarbeiter staatlicher Aufsichtsbehörden, die sich für die Regulierung der Pflege im öffentlichen Interesse einsetzen. Sie sind für die Fachaufsicht von Pflegeausbildungen zuständig und sind mit nationalen Standards und Kriterien der pflegerischen Bildung vertraut. Weiterhin sind sie an der Weiterentwicklung der Ausbildungsprogramme beteiligt.

Occupational group (in the context of healthcare provision and education, UK) –

Berufsgruppe:

Eine Berufsgruppe ist eine Gruppe von Fachkräften oder Fachmännern mit dem gleichen gesundheits- und/oder sozialpflegerischem Hintergrund.

Registration of occupational group – Registrierung der Berufsgruppe:

Registrierung bezieht sich in diesem Kontext auf die formelle (gesetzliche) Registrierung, durchgeführt von einer öffentlichen Behörde oder einem professionellen Gremium (Pflege, Sozialarbeit, Psychotherapie, Hebammen etc.).

Regulation of occupational group – Regulierung der Berufsgruppe:

Dieser Terminus bezieht sich auf die legislativen Anforderungen für die Berufsgruppe.

Skills – Fähigkeiten:

Mit »Skill« wird eine erlernte Fähigkeit bezeichnet, durch die unter minimalem Aufwand an Zeit, Energie oder beidem vorher festgelegte Ziele erreicht werden können. Fähigkeiten werden häufig in allgemeine/allgemeine und fachspezifische Fähigkeiten unterteilt.

8. Bibliografie

8.1. Allgemeine Literatur

- Bundesinstitut für Berufsbildung, Europass: <http://www.bibb.de/de/wlk8646.htm>
- European Commission: Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF>
- European Commission DG SANCO: Call for Proposal – SANCO 01/2009.
- European Commission (201-0): Eurobarometer Patient safety and quality of health-care: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf (19.02.2014).
- European Commission (2012): Commission Staff Working Document: Vocational education and training for better skills, growth and jobs – Accompanying the document Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes.
- European Commission (2012) Commission Staff Working Document: Partnership and flexible pathways for lifelong skills development, Accompanying the document – Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes.
- European Commission (2012) Commission Staff Working Document: Assessment of Key Competences in initial education and training: Policy Guidance, Accompanying the document – Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes.
- European Parliament Council (2008): Recommendations of the European Parliament and of the Council on the establishment of the European Qualifications Framework for lifelong learning: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=oj:c:2008:111:0001:0007:en:pdf>.
- Griffin R (2012) Better care through better training – evaluation of an HCA development program, British Journal of Healthcare Assistants 06,1. 35-38
- Manthorpe J; Martineau, S (2008) Support workers: their role and tasks. A scoping review. King's College London, Social Care Workforce Research Unit.
- Medicinalstatistisk Komité (Ed.): Health Statistics in the Nordic Countries 2002-2009, Copenhagen.
- Nordisk Medicinalstatistisk Komité (Ed.): Health Statistics in the Nordic Countries 2002-2009, Copenhagen.
- Wismar, Maier, Glinos et al. (Eds.) (2011): Health Professional Mobility and Health Systems, Observatory Studies Series 23, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2011.

8.2. Länderspezifische Literatur

Österreich

- BGBl. I Nr. 108/1997: 108. Bundesgesetz: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbereitungsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, Ausgegeben am 19. August 1997.
- BGBl. II Nr. 371/1999: 371.
Verordnung: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung in der Pflegehilfe (Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung – Pflh-AV), BGBl. II Nr. 371/1999; Ausgegeben am 30.09.1999.
- BGBl. II Nr. 453/2006: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV), Ausgegeben am 24.11.2006.
- ÖBIG (2004): Curriculum Pflegehilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- BGBl. I Nr. 55/2005: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, Jahrgang 2005, Ausgegeben am 29. Juni 2005, Teil I mit Anlage 1 und Anlage 2 (<http://www.ris.bka.gv.at>).
- In relation to 15a-B-VG Vereinbarung auf Bundesebene there are 9 executional laws on the level of federal states which regulate the occupation as well as the education of the target group, e. g. :
- LGBl. Nr. 52/2005 Stück 36: Kundmachung des Landeshauptmannes von Burgenland vom 8. Juli 2005 betreffend die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe.
- LGBl. Nr. 42/2011 Stück 23: Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 31. Mai 2011 über die Ausbildungseinrichtungen sowie über die Ausbildung zur Heimehelferin oder zum Heimehelfer (Burgenländische Heimhilfeausbildungs-Verordnung – Bgld. HAV).
- LGBl. Nr. 4/2008 Stück 2: Gesetz vom 16. Oktober 2007, mit dem die Sozialbetreuungsberufe geregelt werden (Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz – StSBBG) und das Steiermärkische Pflegeheimgesetz 2003 geändert wird.
- LGBl. Nr. 9/2009 5. Stück: Gesetz vom 12. November 2008 über die Sozialbetreuungsberufe (Tiroler Sozialbetreuungsberufegesetz – TSBBG).
- LGBl. Nr. 46/2009 20. Stück: Verordnung der Landesregierung vom 19. Mai 2009 über die Ausbildung in der Heimhilfe (Heimhilfe-Ausbildungsverordnung) Aufgrund des § 42 des Tiroler Sozialbetreuungsberufegesetzes, LGBl. Nr. 9/2009.

- Resch, Katharina, 2009: Herausforderungen im Unterrichten von MigrantInnen und ÖsterreicherInnen in der Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildung. Wien: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes.
- Rieß, G. et al. (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. ÖBIG, Wien.
- Rottenhofer, I. et al. (2009): GuKG-Evaluierung-Ausbildungsbereiche. Kontext- und Bedarfsanalyse.
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unveröffentlichter Zwischenbericht, GÖG/ÖBIG, Wien.
- Weiss, S. et al. (2011): Gesundheitsberufe in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Winkler, P. et al. (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. ÖBIG, Wien.

Belgien

- FESeC – Aide soignant/Aide soignant(e) – D/2009/3/41 – 7PQ (<http://admin.segec.be/documents/4504.pdf>)

Dänemark

- Basic social and health education Law No. 343 of 16/05/2001 DK (The Act describes the admission criteria, competency and content of education).
- AMI rapport nr. 58: Fastholdelse og rekruttering af social og sundhedshjælpere og assistenter, Antal, flow og årsager til frafald under og efter endt uddannelse. Baseret på litteratugennemgang.
Ellen Bøtker Pedersen Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital, Arbejds miljøinstituttet, København DK 2004. (this report describes reasons for interruption of the training, places of employment after graduation and reasons for retirement.)
- Social- og sundhedsassistent – en profil i bevægelse, Jobprofil på social- og sundhedsassistentområdet Juni 2007, Teknologisk Institut, Arbejdsliv. Gregersvej 2630 Taastrup. DK.

Finnland

- Statistics about personnel in healthcare: <http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/healthservices/personnel.ht>.
- <http://www.oph.fi/info/recognition>.
- http://www.oph.fi/download/137639_vocational_qualification_in_social_and_health_care_practical_nurse_2010.pdf.

Deutschland (Niedersachsen)

- »Pflege neu denken« Robert Bosch Stiftung 2000 Schattauer-Verlag Synopse zu Service-, Assistenz – Robert Bosch Stiftung http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Synopse_Service_Assistenz_Praesenzberufe.pdf.

Irland

- National Review of the Role of the Health Care Assistant in Ireland (Dec 2008).

Italien

- Agreement 22 February 2001 between the Ministry of Health, The Ministry of Work and Social Politics and the Conference of the Italian regions.
- Agreement signed on 16th of January 2003 between the Ministry of Health, The Ministry of Work and Social Politics and the Conference of the Italian regions (to state a further education for the OSS about a specific role of support for nurses).

Niederlande

- Calibris is responsible for the quality of the education: <http://www.calibris.nl/internationalisering.php?lang=uk>.

Polen

- Talarska Dorota, Wieczorkowska-Tobis Katarzyna, Szałkiewicz Elżbieta: Care of elderly and disabled chronically ill people. Text book for medical carers, issued by Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warsaw 2009.
- Sokołowska Marta: Research Report »Disabled Person Assistant«, Instytut Rozwoju Służb Społecznych. Warszawa 2008 <http://www.irss.and.pl>.
- Szałkiewicz E., Kaussen J. – Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarów i opiekunów, TZMO Toruń 2006, opisane są tu standardy pielęgnacyjne w praktyce opiekunów i pielęgniarów (Contains described nursing/caring standards in the carers and nurses practice).

Slowenien

- Vocational standards issued by the National Reference Point for Occupational Qualifications Slovenia: NRP SLO: <http://www.nrpslo.org/poklicni-standard.aspx/72300100>.
- National curriculum issued by the Institute for Vocational Education and Training: CPI, issued in several documents under the name zdravstvena nega: <http://www.cpi.si/srednje-strokovno-izobrazevanje.aspx>.

- Vocational activities and competences described by The Nurses and Midwives Association of Slovenia: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Poklicne_aktivnosti_in_kompetence08.pdf.
- National document on specific nursing interventions performed by healthcare personnel: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Poklicne_aktivnosti_in_kompetence08.pdf.

Spanien

- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
- Official publication about qualification and competences: http://www.educacion.gob.es/educa/incual/pdf/1/SAN669_2.pdf.
- <http://www.emagister.com/grado-medio/ciclo-grado-medio-cuidados-auxiliares-enfermeria-stematica-153.htm>.
- http://www.msc.es/gl/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, Jueves 19 de enero de 2012, Sec. I. Pág. 4329, ANEXO DCLXIX, CUALIFICACIÓN PROFESIONAL: CUIDADOS AUXILIARES SANITARIOS (official description of competences, qualifications and workplaces, in Spanish).
- Statistical facts on the healthcare professions in Spain: http://www.msc.es/gl/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf.
- Facts and figures of the school courses 2011/2012: <http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/estadisticas/indicadores-publicaciones/datos-cifras/datoscifrasweb.pdf?documentId=0901e72b8053c5a2>.

Schweiz

- Abstimmung der Ausbildung auf die Bedürfnisse des Arbeitsmarktes in den reglementierten Gesundheitsberufen, namentlich Pflege Teil I, Auftraggeber: BBT, Esther Merino, Rico Meyer, Christoph Meier Freiburg, 27. Mai 2009. http://edudoc.ch/record/37374/files/bericht_corom_d.pdf.
- Trede, I. & Schweri, J. (2011). Laufbahntscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. http://www.ehb-schweiz.ch/de/forschungundentwicklung/publikationenundkongresse/Documents/Laufbahn_fage_bericht_d_01022012.pdf.
- Results of the first survey on carer intentions: Voit, J., & Petrin, B. (2011). Abschlussbericht zum Einbezug der Allgemeinbildung. http://edudoc.ch/record/98192/files/Abschlussbericht-Allgemeinbildung_Validierungsverfahren.pdf.

- Kessler I, Heron P, Dopson S, Magee H, Swain D and Ashkam J (2010) The nature and consequences of support workers in a hospital setting: final report, London: NHS Institute for Health Research.
Spilsbury K et al (2008) Mapping the introduction of Assistant Practitioner roles in acute NHS (Hospital) Trusts in England, *Journal of Nursing Management*, 17 (5), pp. 615-626.
- Spilsbury, K et al. (2010) Evaluation of the development and impact of assistant practitioners supporting the work of ward-based registered nurses in acute NHS (hospital) Trusts in England, NHS, NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Skills for Health (2009) Core standards for assistant practitioners, Bristol: SfH.
The core standards for Assistant Practitioners were developed by Skills for Health in response to healthcare employers' requests for standardisation of the role. The aim was that the core standards should be achieved by all Assistant Practitioners and those working in similar roles but with different job titles in order to support consistency of function, level of responsibility and, therefore, of transferability.
- National Nursing Research Council (2010) Moving forward with healthcare support worker regulation. A scoping review: evidence, questions, risks and options, London: King's College London.
- NHS Education for Scotland (2010) A Guide to Healthcare Support Worker Education and Role development (revised).

