

Stellungnahme des VDBD und der DDG im Rahmen der schriftlichen Beteiligung der Verbände Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe“

Teil I: Vorbemerkung

Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) als Berufsverband mit 3.950 Mitgliedern und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft begrüßen die Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe und die Möglichkeit, mithilfe dieses Fragebogens unsere Positionen zur Zukunft der Gesundheitsfachberufe einzubringen.

Unser Beitrag ist vor folgendem Hintergrund zu verstehen:

- Auch wenn sich der Fragebogen auf die bestehenden Gesundheitsfachberufe und Berufsgesetze bezieht, betonen wir die Notwendigkeit, dass vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, des demographischen Wandels und der Digitalisierung **neue Berufsbilder entstehen und bestehende Weiterbildungen verrechtlicht werden müssen**, um der gewachsenen Komplexität und der geforderten Interprofessionalität des Versorgungsauftrags gerecht werden zu können.
- Die Tätigkeit einer **Diabetesberaterin*** beruht auf einer **12-14-monatigen Weiterbildung**, die vor rd. 30 Jahren von der DDG entwickelt wurde und heute mit einem Workload von 1.800 Stunden (516 Theoriestunden, 584 Praxisstunden und 700 Stunden Selbstlernzeit in Theorie und Praxis) 60 ECTS entspricht.
- In drei Dekaden wurden rund 200 Absolventinnen/Jahrgang, d.h. **insgesamt ca. 4.700 Gesundheitsfachkräfte zur Diabetesberaterin weitergebildet**. Voraussetzung für die Weiterbildung ist ein abgeschlossener Gesundheitsberuf (konkret: Kranken oder-Altenpflegerin, MTA, MFA, PTA, Diätassistentin) oder ein Studium der Oecotrophologie oder Ernährungswissenschaften.
- Die **Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG entspricht dem Klassifikationsniveau 5 des Deutschen Qualitätsrahmens (DQR)**, d.h. einer Stufe oberhalb eines Ausbildungsberufes und eine Stufe unterhalb des Bachelorstudiums. Niveau 5 DQR beschreibt „Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld“.
- Zu den **Aufgaben einer Diabetesberaterin**, die in Delegation stationär oder ambulant sowie angestellt oder als Selbständige arbeitet, gehören u.a. Anamnese diabetesbezogener Daten, Schulung und Begleitung von Patienten mit Typ 1, Typ 2 oder Gestationsdiabetes, Umsetzung der ärztlich angeordneten Therapie, patientenzentrierte Beratung nach aktuellen wissenschaftlichen Standards und Leitlinien und Empowerment des Patienten für ein erfolgreiches Selbstmanagement.
- Für Diabetesberaterinnen besteht wie für Ärzte eine **Fortbildungspflicht (75 Punkte/3 Jahre)**, die von der VDBD AKADEMIE im Auftrag der DDG überprüft wird.
- Auch wenn in der Öffentlichkeit kaum bekannt, sind Diabetesberaterinnen eine **tragende Säule in der Versorgung** von Menschen mit Diabetes mellitus und in einigen Regionen der Bundesrepublik besteht auch für diese Berufsgruppe bereits Fachkräftemangel.

*Zum Zwecke der Lesbarkeit wird hier die weibliche Form für Berufsbezeichnungen verwendet. Damit ist keinerlei Diskriminierung intendiert bzw. verbunden.

Teil II: Forderungen

Laut Robert-Koch-Institut wird die Zahl der Diabetespatienten von derzeit mehr als 7 Millionen Menschen auf 12 Millionen im Jahre 2040 ansteigen. Mit Blick auf die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen (die Diabetologie ist ein technologiegetriebenes Fachgebiet), die demographische Entwicklung und den Fachkräftemangel (auch in der Ärzteschaft) fordern wir zum Erhalt einer qualitativen Versorgung und zur Vermeidung schwerwiegender Folgen und Kosten für die Versorgungssysteme:

1. Kurzfristig eine **auf Bundesebene geregelte staatliche Anerkennung der Weiterbildung zur Diabetesberaterin**, möglicherweise integriert in ein auch andere Gesundheitsfachberufe umfassendes „**Bundes-Weiterbildungsgesetz**“, auch rückwirkend für alle Absolventinnen. (Einige Bundesländer haben kein Weiterbildungsgesetz, weshalb der Versuch einer umfassenden Anerkennung auf Länderebene schon vor Jahren gescheitert ist).
2. Mittelfristig die **Entwicklung eines dreijährigen dualen Ausbildungsberufes** (Heilberuf) in Form eines auf Bundesebene geregelten Berufsgesetzes **mit dem Ziel eines „Integrated Care-Therapeuten“**, um der Komplexität der chronischen Erkrankung Diabetes mellitus mit den assoziierten Folgeerkrankungen und einer entsprechenden Versorgung aller Altersklassen unter Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten gerecht werden zu können.
3. Als Modell sowohl für Punkt 1 als auch für Punkt 2, d.h. für die Verrechtlichung eines Berufsbildes auf Bundesebene, kann der **Gesetzentwurf für das Berufsgesetz zur Operationstechnischen Assistentin (OTA)** dienen, der am 26.06.2019 vom Bundeskabinett verabschiedet worden ist.

Teil III: Kommentare zum Fragenkatalog (reduziert auf die folgenden Fragen, wobei die ursprüngliche Nummerierung erhalten bleibt)

I. Berufsgesetze

1. Welche Punkte der Berufsgesetze bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

Die derzeit bestehenden unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen sollten harmonisiert werden. Eine Neuordnung sollte bundeseinheitlich gelten und keine unterschiedlichen Ausprägungen und Regelungen auf Länderebene erlauben.

Gemeint sind hier die drei Qualifizierungssäulen: 1. Nicht akademische Heilberufe auf der Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes (z.B. Ergotherapeuten) 2. die Gesundheitsberufe der dualen Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG/HWO) und andererseits die vollzeitschulische Berufsausbildung nach Landesrecht.

Zusätzlich existieren Ausbildungs- und Weiterbildungsabschlüsse ohne Rechtsgrundlage sowie Weiterbildungsabschlüsse auf Grundlage von BBiG, Landesrecht oder Kammerrecht.

Wie unter Teil I und Teil II ausgeführt, ist eine bundesweit einheitliche Neuordnung des Weiterbildungssystems im Gesundheitssektor ebenso notwendig (Stichwort „**Bundes-Weiterbildungsgesetz**“), um die Versorgungsbedarfe der Zukunft zu decken.

2. Welche Punkte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

Die Notwendigkeit des „lebenslangen Lernens“ in der Berufswelt wird aktuell nicht in einer **Anrechenbarkeit von Qualifizierungsmaßnahmen** abgebildet. Damit werden aus beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen häufig „Einbahnstraßen“.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrats führen der demographische Wandel mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen sowie epidemiologische Veränderungen, wie die Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, zu einer quantitativen Ausweitung und qualitativen Veränderung der Versorgungsbedarfe (vgl. Wissenschaftsrat 2012). Diese Veränderungen erfordern Anpassungen in Ausbildungsverordnungen und eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. In die Entwicklung der Curricula sind die entsprechenden Fachgesellschaften einzubeziehen.

Darüber hinaus wird im Patientenrechtegesetz eine informierte, geteilte Entscheidungsfindung gefordert. Menschen mit chronischen Erkrankungen muss ermöglicht werden, vernünftige, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Dies ist ohne gute Beratung nicht möglich. Deshalb müssen Angehörige aller Gesundheitsfachberufe **Kompetenzen im Bereich der Evidenzbasierten Medizin** haben; die Vermittlung dieser Kompetenzen muss zentraler Bestandteil der Ausbildungen werden.

Ebenso sollten ganzheitliche Therapieansätze Berücksichtigung finden, die eine reine Fokussierung auf den Diabetes als defizitäre Krankheit auflösen und die Lebenswelt der Patienten und ihrer Angehörigen miteinbeziehen. Dies bedeutet, dass eine Stärkung der **wissenschaftlichen Methodenkompetenz** in der Aus- und Weiterbildung zu integrieren ist.

Hinzu kommt, dass in der Dokumentation, der Zusammenarbeit der Berufsgruppen und nicht zuletzt auch in der Arbeit mit Patienten mediale und digitale Kompetenzen erworben und gepflegt werden müssen.

4. Wie beurteilen Sie die Aufnahme eines Ausbildungszieles in das Berufsgesetz Ihrer Berufsgruppe (falls nicht im Berufsgesetz vorhanden)? Wenn Sie die Aufnahme befürworten, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?

Nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz darf der Bund die Zulassung zu den ärztlichen einschließlich tierärztlichen und anderen Heilberufen regeln. Zu den Heilberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patienten erfasst.

Demzufolge sollte eine **Einordnung der Tätigkeit einer Diabetesberaterin mittelfristig in einen bundesgesetzlich geregelten Beruf** erfolgen.

Das übergeordnete Ziel einer „Diabetesberaterin“ ist die Befähigung von Menschen aller Altersgruppen mit einer chronischen Stoffwechselerkrankung, inkl. deren Begleit- und Folgeerscheinungen und Notfallsituationen, zusammen mit ihren Angehörigen informierte Entscheidungen zur Bewältigung ihrer individuellen Situation zu treffen und entsprechend handeln zu können. Die Lebenserwartung der Menschen im Allgemeinen steigt, und damit im Besonderen auch die Zahl von an Diabetes mellitus erkrankten Menschen. Auch deshalb gewinnt die Verortung der Diabetesberatung als staatlich anerkanntes Berufsbild zunehmend an Bedeutung.

In einem Berufsgesetz sollte das Ausbildungsziel so, wie es in der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung (WPO) zur Diabetesberaterin der DDG formuliert wurde, übernommen werden.

6. Wie ist Ihre Position zur Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung?

Für die Umsetzung eines „lebenslangen Lernens“ bzw. der lebenslangen Fortbildungspflicht sind **Modularität und Durchlässigkeit der Systeme von zentraler Bedeutung**. Dazu gehört auch eine entsprechende Anrechenbarkeit beruflicher Qualifikationen im Rahmen einer etwaigen späteren akademischen Ausbildung.

Eine künftige Ausbildung zur Diabetesberaterin wird so gestaltet, dass eine vollumfängliche Anrechnung für aufbauende Studiengänge mit dem Schwerpunkt „Betreuung von chronisch Erkrankten mit erhöhtem kardiovaskulären Risikoprofil“ möglich sein wird. Bereits bei der Entwicklung der Ausbildung werden Hochschulen dementsprechend involviert sein müssen.

Eine Vollakademisierung des Weiterbildungsberufs Diabetesberaterin wird derzeit nicht angestrebt; denn ein wissenschaftliches Studium kann zeitliche, finanzielle und individuelle Ausgrenzungen von ausbildungs- und weiterbildungsbegeisterten Personen bedeuten, die sonst für diesen Beruf nicht zu gewinnen wären. Die bestehenden Gehaltsstrukturen sind darauf ohnehin (noch) nicht ausgerichtet.

7. Welche Vorteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

- Etablierung einheitlicher Ausbildungs- und Qualifikationsstandards, die wichtig für Transparenz und Verlässlichkeit sind.
- Einheitliche Ausbildungsstandards führen zu einer Vereinheitlichung der Behandlungsstandards, die wiederum eine Sicherstellung und Steigerung der Behandlungsqualität ermöglichen.
- Ein allgemeines Heilberufe-Gesetz würde insbesondere den bisher nur auf Landesebene oder bisher gar nicht gesetzlich geregelten Aus- und Weiterbildungswilligen den Zugang zu finanzieller Förderung verschaffen oder ihn verbessern. Dies betrifft Ausbildungsbeihilfen ebenso wie Bildungsprämien oder Förderung auf Darlehensbasis. Dies hat auch zur Folge, dass beispielsweise Menschen für die Diabetesberatung gewonnen werden können, denen aus finanziellen Gründen dies bisher nicht möglich war.
- Einheitliche Regelung der lebenslangen Fortbildungsverpflichtung vermeidet Wettbewerbsverzerrungen auf dem Arbeitsmarkt, schafft Vertrauen bei den Patienten, versorgt das Gesundheitssystem auch langfristig mit qualifiziertem Fachpersonal und sorgt für die Übernahme neuer wissenschaftlicher Entwicklungen in den Patientenalltag.
- Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsfachberufe bei bestehendem und zunehmenden Fachkräftemangel: Junge Frauen und Männer können einen klar geregelten, persönlich befriedigenden und gesellschaftlich wertvollen Beruf ergreifen, sich darin weiterentwickeln und gegebenenfalls spezialisieren. Bundeseinheitliche Regelungen würden mehr Mobilität ermöglichen.
- Für aus dem Ausland stammende Berufsangehörige kann schneller und kostengünstiger Gleichwertigkeit bescheinigt werden. Die Integration auswärtiger Qualifikationen in das bundesdeutsche Gesundheitssystem wird einfacher.
- Schutz des Berufsbildes und damit Transparenz für Patienten, Öffentlichkeit, für Arbeitgeber und Kostenträger (z.B. Krankenkassen) bzgl. Qualifikation, Vergütung und Abrechnungsmodalitäten
- Bei Integration des Berufsbildes der Diabetesberatung: Entlastung der ärztlichen Berufsgruppe und damit verbunden Kostenvorteile für Praxen und Krankenhäuser
- Verbesserung der Zusammenarbeit und Vernetzung aller Gesundheitsfachberufe untereinander

- Bessere Integration von Gesundheitsfachberufen in den europäischen und internationalen Arbeitsmarkt
- Steigerung der Wertschätzung von Gesundheitsfachberufen

8. Welche Nachteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

In manchen Bundesländern sind Pflegekammern mit eigener Regelungskompetenz entstanden. Hier könnten Überschneidungen, Doppelungen und Regelungslücken entstehen. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass gesetzliche Regelungen aus grundsätzlichen Erwägungen heraus kritisch gegenübergestellt wird und dies als Tangierung der neugewonnenen Autonomie empfunden wird. Einwände von dieser Seite müssen ernst genommen werden und durch klare und sachlich fundierte Argumentation ausgeräumt werden.

II) Ausbildung

1. Wie könnte ein Kompetenzkatalog für Ihre Berufsgruppe aussehen und in welcher Ausbildungsform (an Hochschulen oder Berufsfachschulen) könnten die erforderlichen Kompetenzen besser vermittelt werden?

Wenn es als Zwischenstufe zu keinem „Bundesweiterbildungsgesetz“ und einer bundesweiten staatlichen Anerkennung des Weiterbildungsberufes Diabetesberatung kommt, ist zwingend ein Ausbildungsberuf zu etablieren.

Die Aus- bzw. Weiterbildung soll befähigen, an Diabetes mellitus erkrankte Menschen aller Altersstufen in ihren verschiedenen Krankheitsphasen unter Berücksichtigung ihrer körperlichen, sozialen, kulturellen, geistigen und seelischen Bedürfnisse zu beraten, zu schulen und sie und ihre Bezugspersonen angemessen zu begleiten.

1. Berufsfachliche Kompetenzen

Zur berufsfachlichen Qualifikation zählt der Erwerb von Fachkompetenzen, die sich am Fachwissen des aktuellen Forschungsstandes der jeweiligen Fachdisziplin orientieren. Folgende fachliche Kompetenzen sind von der Diabetesberaterin zu erwarten:

- Schulungen zu organisieren, durchzuführen und zu evaluieren mit entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten
- fachspezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu kennen und bei ihrer Durchführung und Überwachung mitzuwirken
- die Wirkung und Nebenwirkung therapeutischer Maßnahmen zu kennen, sie in das betreuende Handeln einzuplanen und sachgemäß zu handeln
- Grundlagenwissen für die Praxis wie Abrechnungswesen, Zeitplanung und qualitätssichernde Evaluation der Behandlung, insbesondere der Schulung und Beratung.
- Grundlagen der evidenzbasierten Forschung und kritische Beurteilung wissenschaftlicher Studien
- Einbindung von Forschungsergebnissen in die Arbeit an und mit Patienten
- Grundlagen der Telemedizin
- Medienfachliche Kenntnisse und Fertigkeiten

2. Soziale Kompetenzen

Soziale Kompetenzen ermöglichen aus einer Grundhaltung der Wertschätzung, Empathie und Kongruenz heraus mit anderen in Beziehung zu treten. Dies bildet die Basis einer Beziehung von

Diabetesberaterinnen zu Patienten und ihren Angehörigen und darüber hinaus das Miteinander im Team und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Folgende soziale Kompetenzen sind von der Diabetesberaterin zu erwarten:

- das Krankheitsbild des Diabetes mellitus und allen physischen, psychischen und sozialen Folgen für Morbidität und Mortalität als eine Form von chronischer Krankheit zu verstehen, das Zusammenspiel mit anderen Erkrankungen und Faktoren zu kennen und in die Arbeit mit Patienten und ihren Bezugspersonen zu integrieren
- psychologische und pädagogische Konzepte zu kennen und die notwendigen Strategien für die Beratung, die Betreuung und die Rehabilitation für Menschen in allen Lebensphasen davon abzuleiten
- die Bedürfnisse der Erkrankten und ihrer Bezugspersonen wahrzunehmen und mit ihnen eine tragfähige professionelle Beziehung aufzubauen
- die Erkrankten und ihre Bezugspersonen bei der Auseinandersetzung mit und Bewältigung der Krankheit im Sinne von Empowerment und Selbstmanagement zu unterstützen und zu beraten
- Schulungsgruppen zu planen und zu leiten
- die Rolle des am Diabetes mellitus erkrankten Menschen in ihrer gesellschaftlichen Bedingtheit zu verstehen
- die Grundzüge der betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen beruflicher Selbständigkeit kennen

3. Methodische Kompetenzen

Wandel und Dynamik in der Berufspraxis und den Bezugswissenschaften erfordern im Rahmen der methodischen Kompetenz folgende weitere Fähigkeiten:

- Flexibilität und Offenheit für neue Erkenntnisse und Veränderungen
- Fähigkeit und Bereitschaft zum Lernen
- Kreativität bei der Umsetzung neuer Erkenntnisse
- Organisationsfähigkeit und Planungsfähigkeit, um Prioritäten setzen und Arbeitsbelastungen bewältigen zu können
- Problemlösungsfähigkeit, um aufgrund der Fachkompetenz eigene Entscheidungen treffen zu können und handlungsfähig zu werden bzw. zu bleiben.

4. Personale Kompetenzen

Im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen soll durch die Weiterbildung die personale Kompetenz der Diabetesberaterin als eine Form der Persönlichkeitsentwicklung gefördert werden. Folgende personale Kompetenzen sind von der Diabetesberaterin zu erwarten:

- Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit um Selbständigkeit, Selbstreflexion, Kritik- und Urteilsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein zu fördern
- das eigene Interaktionsverhalten und die verbalen und nonverbalen Kommunikationsstrukturen zu hinterfragen und gegebenenfalls zu modifizieren
- das Beziehungsgefüge in Arbeitsgruppen zu verstehen, sich als gleichwertiges Mitglied im Behandlungsteam anzusehen und durch die berufliche Identität einen partnerschaftlichen Umgang mit Angehörigen anderer Fachberufe zu erreichen
- im Rahmen der Selbstpflege persönliche Ressourcen zu erkennen und eigene Grenzen zu akzeptieren

Die Ausbildungsziele sollen durch theoretische und praktische Ausbildung vermittelt werden, die somit auf die Aneignung patientenorientierter Verhaltensweisen und Einstellungen, den Erwerb fachlicher Kenntnisse aus den zuständigen Bereichen der Medizin, der Psychologie, der Pädagogik,

der Soziologie und der Vermittlung detaillierter diätetischer und pflegerischer Kenntnisse ausgerichtet ist.

Diese Kompetenzen könnten an einer Berufsfachschule vermittelt und erworben werden; wichtig sind dann die entsprechenden Anforderungen an das Lehrpersonal. Hier ist akademisch geprägte Vorbildung in allen Fächern unverzichtbar. Bei der Gesamtverantwortung für die Aus- bzw. Weiterbildung, d.h. der Schulleitungsfunktion ist Master-Niveau erforderlich.

2. Welche interprofessionellen Lehrinhalte halten Sie für wichtig?

Hier wäre zunächst zu definieren – was bedeutet im Zusammenhang mit einem neuen Ausbildungsberuf „interprofessionell“? Wer hat welche Erwartungen an die Berufsgruppe? Was wird benötigt, wie ist der Bedarf für das Tätigkeitsfeld?

Aus jetziger Perspektive sind dies:

- Analysieren und beurteilen der Patientenvitalität - Assessment und Verlaufsdagnostik bei Menschen mit chronischen Erkrankungen
- Planung individuell einzuleitender Interventionen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen - Analysieren und Beurteilen der Patientensituation
- Umsetzung des Therapieplans bei Menschen mit chronischen Erkrankungen – Planung, Gestaltung und Reflexion von Beratungssituationen als biopsychosozialer Vermittlungsprozess
- Anleiten, beraten, coachen und schulen - Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation von Schulungen
- Interdisziplinär professionell arbeiten - Versorgungssteuerung und Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in besonderen Lebenssituationen unter Einbeziehung telemedizinischer Behandlungsansätze

3. Halten Sie die Einführung vorbehaltener Tätigkeiten für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Tätigkeiten sollten dies Ihrer Meinung nach sein?

- Ja, alles was bereits heute schon im Rahmen der Delegation passiert, aber nicht formuliert ist; d.h.
 - Anamnese ohne körperliche Untersuchung
 - Dosistitration von Dauermedikamenten
 - Wundbehandlung
- sowie den Empfehlungen des Sachverständigenrates der Bundesregierung folgend ebenso die selbständige Ausübung von Heilkunde, wie sie bereits in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 63 c, SGB V aufgeführt ist.

III) Kompetenzerweiterung / neue Aufgaben und Übertragung einer höheren Verantwortung

1. Halten Sie eine Kompetenzerweiterung bzw. neue Aufgaben für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

Ja, insbesondere vor dem Hintergrund des ärztlichen Fachkräftemangels, um eine flächendeckende, qualitative Versorgung von Menschen mit Diabetes, auch in ländlichen Gebieten, zu gewährleisten.

Wenn ja, welche Kompetenzen sollten erweitert werden bzw. welche neuen Aufgaben sollten hinzukommen?

- Die Tätigkeiten, wie sie bereits in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 63 c, SGB V aufgeführt sind, könnten hier als Diskussionsgrundlage zur Abstimmung mit den jeweiligen ärztlichen Fachgruppen dienen.

2. In welchen Bereichen halten Sie ggf. die Delegation ärztlicher Aufgaben an Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

Die zukünftigen Rahmenbedingungen sprechen für eine erweiterte Delegation für die Diabetesberatung. Die einzelnen Bereiche gilt es hier noch im Detail mit den ärztlichen Fachgruppen abzustimmen. Denkbar wären hierbei Dosisanpassungen von Dauermedikation, Anamneseerhebung, Assessmentanwendungen u.a.

3. In welchen Bereichen halten Sie ggf. eine Substitution ärztlicher Aufgaben durch Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

Das ist eine politische Fragestellung, die nur gemeinsam mit den Ärzten/Diabetologen festgelegt werden kann und mindestens eine Teilakademisierung voraussetzen würde.

4. Ist aus Ihrer Sicht die Schaffung neuer Berufsausbildungen (auch z.B. auf Assistenz-/Helferniveau) erforderlich? Wenn ja, welche halten Sie für erforderlich?

Wenn es, wie in Teil II ausgeführt, kurzfristig kein bundesweites Weiterbildungsgesetz geben wird, das die staatliche bundesweite Anerkennung der Diabetesberater ermöglicht, dann ist die **Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes** auf Therapeutenniveau für die Komplexität der Versorgung von chronisch Kranken aller Altersklassen und unter Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeit **im Sinne eines „Integrated Care-Therapeuten“** zwingend erforderlich.

s. auch S. 2: Teil II Forderungen und S. 6: III. Kompetenzerweiterungen

IV) Akademisierung

1. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband zum Thema Akademisierung der Ausbildung Ihrer Berufsgruppe?

Wir begrüßen eine Durchlässigkeit und Modularität der Systeme und Aufstiegsoption für die Berufsgruppe der Diabetesberaterinnen, analog zur Pflege, mit unterschiedlichen Kompetenzniveaus. Mit anderen Worten, die künftige Berufsausbildung sollte auf ein Studium anrechenbar sein. Dies erhöht die Attraktivität des Berufsbildes durch Aufstiegsmöglichkeiten nach einem Berufsabschluss.

Weiterhin wird es sinnvoll sein, unterschiedliche Kompetenzniveaus in der Behandlung der chronisch Kranken zu etablieren.

2. Welche Vorteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Für unsere Berufsgruppe wird derzeit eine Vollakademisierung nicht angestrebt; wichtiger ist es zunächst das Berufsbild bundesweit zu verrechtlichen und eine Teilakademisierung zu ermöglichen.

3. Welche Nachteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Menschen ohne Abitur oder Fachhochschulreife bliebe der Zugang zur Berufsgruppe der Diabetes-Beratung versperrt oder erst nach längerer anderweitiger beruflicher Tätigkeit zugänglich. Das ist nicht wünschenswert.

4. Welche Vorteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Siehe oben Punkt 1

Außerdem sollten Ausbildungsinhalte im Rahmen des ECTS-Systems integriert und angerechnet werden. Im Detail heißt das:

- Sammeln von ECTS über das Absolvieren qualifizierter Ausbildung und Weiterbildungen. Das erfordert den Nachweis des Kompetenzniveaus und Prüfungsnachweis bei entsprechenden Angeboten.
- Das Erreichen von 180 ECTS könnte dann eine Äquivalenz-Prüfung auf einen Bachelorstudiengang ermöglichen.
- Hochschulen müssen mit den Verbänden (VDBD, DDG, BVND) Kooperationen eingehen, damit die Verbände zwischen den Versorgern (Praxen und Kliniken) und den Hochschulen vermitteln können.

5. Welche Nachteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

- Wenn sich Angehörige eines Berufes akademisieren, sind ihre Möglichkeiten nach Abschluss des Studiums eindeutig zu definieren, sowohl bzgl. des Tätigkeitsprofils und der Verantwortlichkeiten als auch bzgl. der Verdienstmöglichkeiten.
- Aktuell existieren keine entsprechend bezahlten beruflichen Aufgabenfelder und Einsatzbereiche.
- Bei gleicher Tätigkeit und Vergütung wie vor dem Studium evtl. Frustration und Verlassen des Berufes
- Evtl. Gefühl der Degradierung der nicht-akademisierten Berufsangehörigen

6. Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung weiterhin gewährleistet werden?

- Durch Anrechenbarkeit von Kompetenzen
- Sammeln von ECTS über das Absolvieren qualifizierter Ausbildung und Weiterbildungen. Das erfordert den Nachweis des Kompetenzniveaus und den Prüfungsnachweis bei entsprechenden Angeboten.
- Das Erreichen von 180 ECTS könnte eine Äquivalenz-Prüfung auf einen Bachelorabschluss ermöglichen.
- Hochschulen müssen mit den Verbänden und Fachgesellschaften (VDBD, DDG, BVND) Kooperationen eingehen, damit die Verbände zwischen den Versorgern (Praxen und Kliniken) und den Hochschulen vermitteln.

7. Wie beurteilen Sie den Einfluss einer Vollakademisierung auf die Entwicklung der Auszubildenden- und Absolventenzahlen in Ihrer Berufsgruppe? Erwarten Sie zurückgehende, gleichbleibende oder steigende Zahlen? (bitte begründen)

Das Berufsbild der Diabetesberaterin würde sich in einer Konkurrenzsituation um Ausbildungsbewerberinnen wiederfinden, die den Beruf nicht attraktiv erscheinen lassen.

Siehe auch die Punkte 1, 2 und 5

8. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Meinung nach im Falle einer Teilakademisierung die Absolventinnen/Absolventen einer akademischen Ausbildung im Vergleich zu den Absolventinnen/ Absolventen einer fachschulischen Ausbildung tätig werden?

- in Leitungsfunktionen
- im Bereich Case Management
- als Lehrpersonal in der Aus- und Fortbildung
- im Bereich Qualitätsmanagement
- im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsförderung, Prävention und Aufklärung
- im Bereich Wissenschaftsjournalismus
- im Bereich Gesundheitspolitik und Berufspolitik.

V) Lehrpersonal

1. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/ Praxisanleiterinnen für eine modernisierte fachschulische Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?

Mindestens das fachliche Niveau der Ausbildung mit entsprechender Berufserfahrung und ein Hochschulstudium mit pädagogischer und wissenschaftlicher Zusatzqualifikation und Bachelor-Abschluss.

2. Über welche Qualifikation sollten Schulleiter/Schulleiterinnen in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung verfügen (Mindestanforderungen)?

Siehe oben unter Punkt 1, allerdings auf Master-Niveau

3. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit zur Integration des aktuellen Lehrpersonals und der aktuellen Schulleiter/Schulleiterinnen in modernisierten fachschulischen Ausbildungsstrukturen vor dem Hintergrund der Fragen 1. und 2.?

Das bestehende Lehrpersonal an den gegenwärtigen Weiterbildungsstätten in der Weiterbildung zur Diabetesberatung ersetzt die Hochschulausbildung mit pädagogischem und/oder wissenschaftlichem Anteil noch vereinzelt durch langjährige berufliche Praxis. Dem könnte durch entsprechende Übergangslösungen mit der Möglichkeit zur Nachqualifikation begegnet werden.

4. Wäre Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehr- und Leitungspersonal zu erwarten, der die Ausbildungskapazität in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung gefährden würde? (bitte begründen)

Nein, sofern dem bestehenden Lehrpersonal die Möglichkeit zur berufsbegleitenden Weiterqualifikation mit hinreichender Übergangsfrist (5 Jahre) gegeben wird.

6. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte Ausbildung im Falle einer akademischen Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?

Mindestens das fachliche Niveau der Ausbildung mit entsprechender Berufserfahrung und ein Hochschulstudium mit pädagogischer und wissenschaftlicher Zusatzqualifikation und Bachelor-Abschluss.

7. Wie beurteilen Sie im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung die Möglichkeit zur Integration des aktuell lehrenden Personals in akademische Ausbildungsstrukturen?

Möglich, sofern dem bestehenden Lehrpersonal eine berufsbegleitende Möglichkeit geboten wird und vorhandene Kompetenzen angerechnet werden können.

8. Ist Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehrpersonal im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung zu erwarten, der die Ausbildungskapazität gefährden würde? (bitte begründen)

Es besteht die Gefahr, dass bei einer Vollakademisierung ausschließlich auf akademisch qualifizierte Lehrkräfte zurückgegriffen wird. Für die Vermittlung der für die Diabetesberaterinnen relevanten Inhalte braucht es jedoch vor allem Dozenten mit Expertise aus der Praxis. Im Medizinstudium existiert ebenfalls zu wenig „Diabetesexpertise“. Daher sollte dem bestehenden Lehrpersonal die Möglichkeit zur berufsbegleitenden Weiterqualifikation gegeben werden und unbedingt auch auf in der praktischen, täglichen Arbeit erfahrene Lehrkräfte geachtet werden. So könnten auch Engpässe vermieden werden.

9. Wie stehen Sie zur Frage einer Fortbildungspflicht für Lehrpersonal und Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen? (bitte begründen)

Ja unbedingt, denn Therapieschemata, Beratungs- und Betreuungsansätze unterliegen einem ständigen Wandel, der eine kontinuierliche Fortbildung erfordert. Hinzu kommt die sehr kurze Halbwertszeit digitaler Lösungen und technischer Geräte. Wie von den Absolventen, so muss auch vom Lehrpersonal das lebenslange Lernen eingefordert werden. Außerdem sollten Lehrkräfte regelmäßig auch wieder praktische Erfahrungen sammeln, um „Bodenhaftung“ zu gewährleisten.

10. Wie beurteilen Sie die Frage einer verbindlichen Vorgabe zum Umfang der während der Ausbildung in der jeweiligen Berufsgruppe zu erbringenden Praxisanleitung?

Eine Praxisanleitung sollte verbindlich vorgeschrieben werden. Dies schließt die Qualifikation der Praxisanleiter und -innen ebenso ein wie die Zahl der nachzuweisenden Stunden. Auch von mit der Aus- und Weiterbildung befassten Ärztinnen und Ärzten ist ein Mindestmaß an pädagogischer Qualifikation, etwa analog der Ausbilder-Eignungsprüfung im Handwerk zu fordern.

Ohne verbindliche Stundenzahl besteht die Gefahr, dass Praxisanleitung nicht erfolgt und der berufliche Nachwuchs auf sich selbst zurückgeworfen wird und wichtige Felder wie die Erfahrungsweitergabe, Feedback und Reflexion nicht abgedeckt werden.

Für Gesundheitsfachberufe besteht nach der Ausbildung oder dem Studium eine Fortbildungspflicht für Gesundheitsfachberufe, teilweise mit Nachweispflicht, wenn es um Abrechnungsmodalitäten geht. Warum sollte dies nicht auch für Lehrkräfte und Praxisanleiter gelten? So könnte ein Punktesystem analog zu dem der Berufsabsolventen eingeführt werden.

VI) Finanzierung

1. Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden?

- Bei einer dualen Ausbildung der betriebliche Anteil durch den Betrieb und die Berufsschule durch Land und Kommune
- Bei einer rein schulischen Ausbildung dürfte trotz privater Träger kein Schulgeld anfallen.
- Auch die Teilakademisierung wiederum sollte öffentlich finanziert sein.

Was die Lebenshaltungskosten anbelangt, könnten diese bei einer dualen Ausbildung in Form von Ausbildungsvergütung durch den Betrieb abgedeckt sein. Es liegt im unmittelbaren Eigeninteresse von Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens, dass Menschen mit Diabetes qualifizierte Beratungsleistungen erhalten können. Im Übrigen sind Ausbildungskosten, z.B. für medizinische Fachangestellte, bereits in den Vergütungssystemen für Ärzte oder dem DRG-System enthalten und eingepreist. Hier ergibt sich also keine zusätzliche Belastung.

Bei einer rein schulischen Ausbildung und einem Studium sollten für die Lebenshaltungskosten Fördermöglichkeiten (BAföG, Schüler-BAföG) zur Verfügung stehen, um den Zugang aller Bevölkerungsschichten zu ermöglichen.

2. Wie ist Ihre Position zum Thema Schulgeld? Sofern Sie eine Abschaffung des Schulgeldes befürworten, legen Sie bitte dar, wie die dadurch entfallenden Finanzmittel aufgebracht werden sollen.

Auch bei einer rein schulischen Ausbildung darf trotz privater Träger kein Schulgeld anfallen.

Wir betonen, dass das Berufsbild der Diabetesberatung einen essentiellen Beitrag zur Versorgung und Lebensqualität chronisch kranker Menschen leistet. Die Diabetesberaterinnen ersparen dem Gesundheitswesen durch ihre Arbeit enorme Belastungen. Daher liegt es im besonderen öffentlichen Interesse, dass die Versorgung der Bevölkerung durch gute, qualifizierte Beratungs- und Schulungsfachkräfte sichergestellt ist.

Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass Diabetes mellitus Typ 2 nicht nur alte Menschen, sondern vermehrt auch Kinder und Berufstätige betrifft. Der volkswirtschaftliche Nutzen ist nicht zu beziffern, aber in jedem Fall um ein Vielfaches höher als die Kosten für die Ausbildungsstätten. Schon unter diesem Gesichtspunkt wäre es zu rechtfertigen, dafür öffentliche Mittel von Bund, Ländern oder Kommunen einzusetzen.

Kostenträger wie Kranken- oder Pflegekassen könnten aber auch an der Finanzierung der Schulen beteiligt werden.

Zu denken ist aber auch an innovative Finanzierungsmodelle, z.B. durch eine Beteiligung von Pharmaunternehmen in Form einer Patentsteuer auf Erträge durch Medikamente, Medizinprodukte oder Medizingeräte.

3. Wie ist Ihre Position zum Thema Ausbildungsvergütung?

VDBD und DDG begrüßen die Zahlung einer Ausbildungsvergütung (wie bereits in der dualen Berufsausbildung gesetzlich verankert), insbesondere angesichts des demographischen Wandels und Fachkräftemangels. Es ist nicht einzusehen, dass die Lebenshaltungskosten für eine Ausbildung im Gesundheitswesen in Vollzeit von Eltern, Angehörigen oder den Auszubildenden selbst getragen oder über Verschuldung aufgebracht werden, was die Alternative wäre.

Das Gesundheitswesen konkurriert im Wettbewerb um junge Menschen mit deutlich besser vergüteten Berufsmöglichkeiten und solchen mit höheren Prestigewerten. Die Arbeitsbelastung ist ohnehin hoch und die Tätigkeiten werden bei gleichzeitig hoher Verantwortung zusätzlich durch

Arbeitsverdichtung belastet. Ohne Ausbildungsvergütung wird es weder kurz- noch langfristig möglich sein, beruflichen Nachwuchs zu gewinnen.

Ein zuverlässiges Gesundheitswesen zählt, wie auch die politische Entwicklungen in Großbritannien und den USA zeigen, für viele Bürgerinnen und Bürger zu den wichtigsten Zufriedenheitsfaktoren in ihrem Land. Qualifizierte Fachkräfte sind eine unerlässliche Bedingung dafür.

Über den Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD). Der VDBD ist der Berufsverband der Diabetesberater/innen DDG, Diabetesassistenten/innen DDG und weiterer qualifizierter Fachkräfte, die sich gezielt für Menschen mit Diabetes mellitus und assoziierten Erkrankungen engagieren. Unsere 3.900 Mitglieder sind erfahrene Beratungs- und Schulungsprofis, deren Angebote sich an den aktuellen wissenschaftlichen Standards der Diabetologie und Pädagogik orientieren.

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG): Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9.000 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der fast sieben Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Ansprechpartnerinnen für Rückfragen:

Dr. Gottlobe Fabisch
VDBD-Geschäftsführerin
Habersaathstr. 31
10115 Berlin
Tel.: 030 847122-490 (-494 direkte Durchwahl)
fabisch@vdbd.de

Sabrina Vité
Leiterin Gesundheitspolitik DDG
Albrechtstr. 9
10117 Berlin
Tel.: 030 3116937-28
vite@ddg.info