

Theobald, Hildegard

Working Paper

Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im Gesundheitssektor:
Professionalisierungsprozesse in der Physiotherapie und
Dentalhygiene im europäischen Vergleich

WZB Discussion Paper, No. SP I 2004-104

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Theobald, Hildegard (2004) : Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im Gesundheitssektor: Professionalisierungsprozesse in der Physiotherapie und Dentalhygiene im europäischen Vergleich, WZB Discussion Paper, No. SP I 2004-104, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/44025>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Hildegard Theobald

**Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im
Gesundheitssektor: Professionalisierungs-
prozesse in der Physiotherapie und Dental-
hygiene im europäischen Vergleich**

Der Beitrag entstand im Rahmen des Projekts "Qualifikationsbedarf in den Ländern der OECD - Ermittlung, Analysen und Implementation". Das Projekt ist Teil des FreQueNz-Netzwerks (www.frequenz.net) zur systematischen Früherkennung von neuen Qualifikationserfordernissen, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird.

April 2004

ISSN Nr. 1011-9523

Forschungsschwerpunkt:
Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat

Abteilung:
Arbeitsmarktpolitik und Beschäftigung
<http://www.wz-berlin.de/ars/ab/>
e-mail: theobald@wz-berlin.de

Bestell-Nr.: SP I 2004-104

Zusammenfassung

Veränderte Anforderungen im Gesundheitswesen, wie Forderungen nach Patientenorientierung, der Integration fragmentierter Versorgungssysteme oder einer verstärkten Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse stellen Organisation und Arbeitsweisen im deutschen Gesundheitswesen derzeit vor grundlegende Herausforderungen. Die Entwicklung neuer Organisationsformen und Arbeitsweisen geht weit über Ansätze einer Restrukturierung auf Systemebene hinaus. Entscheidend für eine erfolgreiche Reorganisation wird die Re-Definition von Qualifikationsanforderungen sowie Formen der Arbeitsteilung und Kooperation zwischen Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe. Die Tendenzen bleiben nicht auf Deutschland begrenzt, sondern sind ebenso in anderen europäischen Ländern vorzufinden.

In den folgenden Ausführungen werden am Beispiel der Berufsgruppen „DentalhygienikerInnen“ und „PhysiotherapeutInnen“ Veränderungen der Qualifikation – Niveau und Inhalt – und Berufspraxis im europäischen Vergleich untersucht. Im europäischen Vergleich können die Spezifika der deutschen Entwicklung, mögliche zukünftige Perspektiven und der Einfluss der europäischen Integration aufgezeigt werden. In die Untersuchung der Veränderungsprozesse werden Verbände, Kammern und Schulen als wichtigen Akteure einbezogen.

Am Beispiel der ausgewählten Berufsgruppen können zwei unterschiedliche Entwicklungsverläufe veranschaulicht werden. In der Physiotherapie, als einem bereits etablierten Tätigkeitsfeld, wurden die veränderten Anforderungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland von den Akteuren selbst vor dem Hintergrund der europäischen Entwicklung thematisiert. Damit konnte die Einrichtung von Hochschulstudiengängen durchgesetzt werden. Die Dentalhygiene konnte in Deutschland im Zuge der Veränderungen erstmals als eigenständiges Berufsfeld institutionalisiert werden, während in den zum Vergleich einbezogenen Ländern die Kontorverse die Einrichtung von Universitätsstudiengängen betrifft. Trotz dieser Differenzen werden die deutschen Weiterbildungsstudiengänge auch international als Einstieg für eine Professionalisierung der Tätigkeit bewertet.

Abstract

At present new demands in health care systems like patient-orientation, integration of different health care sectors or evidence-based medicine question the organisation and forms of cooperation in different areas in the health care sector in Germany. The development of new forms of organisation and cooperation as well as working-styles requires further a re-definition of existing curricula including qualification levels. The development reflects tendencies, which reveal similarities to trends in other European countries.

In this paper with the examples of the professional groups „Dentalhygienist“ and „Physiotherapist“ the changes regarding re-definition of qualifications and practice are investigated in a European comparative perspective. The European perspective allows to show trends in the development specific to the German occupational system, future prospects and the influence of the process of European integration. In the analysis the changes are viewed as an essential part of the efforts for a professionalisation of the work activity and as such includes the perspectives of important actors in this field, like the professional bodies, associations and the schools.

The two selected professional groups act as examples for two different developments. Physiotherapy is in Germany a well established field of activity. But in contrast to the compared countries it could not yet reach professional status as defined by a scientific body of knowledge, corresponding curricula and an autonomous practice. The changing requirements in the health sector are discussed by the German actors themselves in a European perspective and they could manage to develop the activity by establishing a bachelor degree. In the area of dental hygiene in Germany the increasing requirements result in the institutionalisation of further training programs, while in the compared countries the debate is about the establishing of university degrees. Despite the differences between the countries the institutionalisation of further training programs in Germany is judged as a starting point for a further professionalisation supported by the European integration.

Inhaltsverzeichnis

1	Veränderungen im Gesundheitswesen – Ausgangspunkt für Prozesse der Professionalisierung	1
2	Institutionalisierung eines neuen Berufsfelds: Das Beispiel der Dentalhygiene	6
	Präventive Orientierung und die Entwicklung des Berufsfelds der Dentalhygiene	6
	Professionalisierung der Tätigkeit im europäischen Vergleich	8
3	Etablierung der Ausbildung auf Hochschulebene: Das Beispiel der Physiotherapie.....	10
	Restrukturierungen im Gesundheitssystem und die Europäische Integration.....	10
	Die Einrichtung neuer Studiengänge als Antwort auf die Herausforderungen	12
4	Resümee: Professionalisierungsprozesse im Gesundheitssektor in europäischer Perspektive	15
	Literatur/ Materialien.....	18

1 Veränderungen im Gesundheitswesen – Ausgangspunkt für Prozesse der Professionalisierung

Der Gesundheitssektor steht aufgrund der hohen gesellschaftlichen Bedeutung des Werts „Gesundheit“ aber auch der hohen Kosten und der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung des Sektors häufig im Zentrum intensiver wissenschaftlicher und öffentlicher Debatten. Die Diskussionen entzündeten sich nicht nur an der Frage der Kosten des Gesundheitswesens, sondern auch an der Qualität medizinischer Dienstleistungen und damit der Frage, inwieweit die bestehenden Organisationsformen und Arbeitsweisen den gegenwärtigen oder zukünftigen qualitativ-inhaltlichen Anforderungen gewachsen sind. Dabei lassen sich derzeit in den Ansätzen zur Veränderung des Gesundheitssystems in Deutschland und vergleichbaren westlichen Ländern bestimmte übereinstimmende Tendenzen feststellen:

- An Bedeutung zugenommen hat eine neo-liberale Marktphilosophie in der Gesundheitspolitik mit der Betonung auf Wettbewerb und der Favorisierung unterschiedlicher Modelle der Kostenbegrenzung, wie bspw. Managed Care Ansätzen (Kühn 1997; Light 2001).
- Die Kritik an der fragmentierten Arbeitsweise einzelner Sektoren, die eine kontinuierliche Behandlung über verschiedene Teilbereiche hinweg erschwert führt zu Forderungen nach einer verstärkten Integration unterschiedlicher Sektoren des Gesundheitssystems, wobei die Primärversorgung eine Koordinierungsaufgabe übernehmen soll. (Kühn 2001; Tovey/Adams 2001).
- Die kontinuierliche Versorgung betrifft nicht nur die Integration der Teilsektoren, sondern auch Kooperationsformen innerhalb der Einrichtungen. Die Zielsetzungen hier können unter den Schlagworten Förderung (multidisziplinärer) Formen der Teamarbeit oder auch integrativer Arbeitsstile zusammengefasst werden (Elston/Holloway 2001; Saks 1999).
- Die Forderungen werden mit einer vermehrten Orientierung an Prävention und Gesundheitsförderung anstelle der vorherrschenden kurativen Herangehensweisen des Gesundheitswesens verknüpft (SVR 2000/2001).
- Die Arbeitsweisen im Gesundheitssektor sollen zudem durch Qualitätsorientierung und –kontrolle in der Praxis verändert werden. Damit einher geht die Forderung nach stärkerer wissenschaftlicher Kontrolle der medizinischen und pflegerischen Versorgung, einer evidenzbasierten Vorgehensweise und der Entwicklung neuer Formen von Transparenz und Evaluation (Shine 2002; SVR 2000/2001).
- Die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung entsteht in der Praxis und setzt die Verbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse mit prakti-

scher Erfahrung sowie die Partizipation der PatientInnen und die Berücksichtigung ihrer psychischen, lebensweltlichen, sozialen und biographischen Bezüge voraus (SVR 2000/2001).

Die Forderungen und die bisher eingeleiteten Anstrengungen zu ihrer Umsetzung setzen auch die Gesundheitsberufe einem erheblichen Veränderungsdruck aus. Dies reicht von einer Neubestimmung der Formen und Inhalte der Ausbildung, ihrer Institutionalisierung bis hin zu ihrer Umsetzung in der Praxis in neuen Arbeitsweisen und Kooperationsformen, wobei die neuen Anforderungen mit erheblichen Veränderungen des professionellen Selbstverständnisses einhergehen (Blättel-Mink/Kuhlmann 2003, Allsop 1999).

Die medizinische Profession, die für viele Ansätze der Professionssoziologie als idealtypische Folie diente, steht im Mittelpunkt der Debatten. Seit den 1970er Jahren werden in der Professionssoziologie die Etablierung und Aufrechterhaltung der Kontrolle über ein Tätigkeitsfeld und dementsprechend die Möglichkeit autonomer Entscheidungen durch die individuellen Professionsangehörigen selbst als Kern professioneller Identität verstanden. Der Anspruch auf Kontrolle über ein Arbeitsgebiet und die damit verbundene Autonomie wird in der Logik der Professionen mit deren Fachkompetenz und ethischen Berufsstandards begründet.

Die Einführung von Marktmechanismen und Formen bürokratischer Kontrolle bspw. durch von außen auferlegter Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Anforderungen evidenzbasierter Medizin oder auch Notwendigkeiten einer Zusammenarbeit in neuen Organisationsformen werden von Teilen der Ärzteschaft als Angriff auf ihren autonomen Status wahrgenommen. Freidson (2001) konstatiert in seiner Analyse der gegenwärtigen Situation eine abnehmende Bedeutung der Logik der Professionalität als Garant der Herstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Dienstleistung zu einem adäquaten Preis. Im Kontrast dazu sieht er eine zunehmende Relevanz der Logik des Markts mit der Betonung des Handlungsimperativs Konkurrenz und der Logik der Organisation gekennzeichnet durch die Betonung von Bürokratie und Effizienz.

Die Einschätzung wird selbst aus der Perspektive der Ärzteschaft nicht umstandslos geteilt. Zunächst müssen Formen bürokratischer Organisation und Kontrolle nicht prinzipiell mit einem Rückgang des professionellen Status gleichgesetzt werden, denn auch bisher sind die Autonomiespielräume der medizinischen Profession in allen Ländern in ein komplexes System bürokratischer Regulierung eingebettet. Kuhlmann (2002) beschreibt Strategien, auf deren Basis Professionsverbände durch eine Definition von Qualitätsstandards ihren professionellen Einfluss stärken können. Weiterhin stellt die Betonung der Primärversorgung die traditionelle Hierarchie zwischen FachärztInnen und HausärztInnen in Frage und schafft insbesondere erhöhte Anerkennungschancen für die Allgemeinmediziner/innen (Batterham u.a. 2002; Kühn 2001).

Wird aus der Perspektive der Ärzteschaft die Entwicklung überwiegend kritisch und statusgefährdend wahrgenommen, erleben Angehörige weiterer Gesundheitsberufe die Restrukturierungen als Möglichkeit der Weiterentwicklung und Statusverbesserung. International diskutiert wird hier insbesondere die Entwicklung der Pflegeberufe, wobei sich gerade die Förderung der Primärversorgung, die Forderungen nach Integration verschiedener Teilspektoren und multidisziplinärer Teamarbeit als Impetus für Anstrengungen einer weitergehenden Professionalisierung praktisch tätiger Krankenpflegekräfte erweisen können (Richards u.a. 2000, Broadbent 1998). Kuhlmann (2002) sieht in einer zunehmenden Betonung bürokratischer Organisation und neuer Ansätze integrierter Versorgung eine Möglichkeit, gleichwertigere Formen der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu entwickeln und damit das traditionelle, an Hierarchien und Ausschlussprozessen orientierte System zu überwinden. Denn aus ihrer Perspektive erweitert die Flexibilisierung der Grenzen innerhalb und zwischen Professionen die Handlungsspielräume der AkteurInnen insbesondere in den weiblich-dominierten Semi-professionen. Verschiedene Untersuchungen zeigen allerdings, dass eine gleichberechtigte Kooperation zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften nicht von selbst aus der Notwendigkeit der Entwicklung neuer Formen der Zusammenarbeit heraus entsteht. In dem Veränderungsprozess werden vielfältige durch Hierarchien und Statusunterschiede hervorgehobene Schwierigkeiten erkennbar, die nur durch die bewusste Herstellung neuer Kooperationsweisen überwunden werden können (SVR 2000/2001; Garms-Homolova/Schaeffer 1998).

Die Restrukturierungen schaffen darüber hinaus neue Formen der Differenzierung zwischen Angehörigen der Pflegeberufe selbst, wobei neue professionelle Segmente mit hohem Prestige und neuen Möglichkeiten der Partizipation im Bereich der politischen Entscheidungsfindung entstehen (Dowswell u.a. 2002). Gleichzeitig werden in der Differenzierung neue Risiken der Konzentration von Frauen in Berufssegmenten mit geringem Status und Einkommen erkennbar (Theobald 2003). Evetts (2003) argumentiert vor dem Hintergrund der Entwicklung, dass im Kontrast zu dem aus der Perspektive der Ärzteschaft beklagten zunehmenden Bedeutungsverlust von Professionalität die Forderung nach einer Professionalisierung in steigendem Ausmaß in einem breiten Kontext von Arbeitsfeldern verwandt wird. Die Debatte führt allerdings zumeist nicht zu einer Professionalisierung im traditionellen Sinne, sondern soll Veränderungen in bestimmten Arbeitskontexten begleiten und unterstützen, die MitarbeiterInnen motivieren und gleichzeitig gegenüber potentiellen NutzerInnen den Wert der Dienstleistung betonen. Die steigenden Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten und die Forderungen an hohe Qualitätsstandards finden eben nicht unbedingt eine Entsprechung in einem für Professionen charakteristischen hohen Status, Einkommen oder Grad an Autonomie im konkreten beruflichen Kontext. Die zunehmende Anwendung des Begriffs Professionalität und die Debatte um eine zunehmende Professionalisierung erfordert eine Erweiterung der Professionsforschung in Bereiche nicht-professionalisierter Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt (Saks 2002).

Die Debatten zu den Konsequenzen der Restrukturierung der Gesundheitssysteme für Qualifikation, Arbeits- und Kooperationsformen sowie das professionelle Selbstverständnis ergeben durchaus widersprüchliche Ergebnisse. Erkennbar wird zumindest aus der Perspektive der Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Pflegekräften ein Infragestellen traditioneller Hierarchien und Chancen für eine Neudefinition des Verhältnisses, die allerdings mit neuen Formen der Hierarchisierung einhergehen können.

Welche Konsequenzen die Veränderungen im Gesundheitswesen für die Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe zeigen, ist bisher kaum erforscht worden. Dabei stellen die Veränderungen ebenso neue Anforderungen an Qualifikation oder auch Arbeitsweisen der weiteren Gesundheitsberufe. Im Folgenden sollen daher die Konsequenzen veränderter Gesundheitssysteme für die Neuregulierung von Qualifikationsanforderungen und Berufspraxis am Beispiel der DentalhygienikerInnen und PhysiotherapeutInnen erörtert werden. Das Beispiel der DentalhygienikerInnen zeigt wie im Verlauf der 1990er Jahre in Deutschland ein neuer Beruf als Antwort auf die veränderten Anforderungen im Gesundheitswesen entstanden ist. Im Gegensatz dazu kann das Beispiel der PhysiotherapeutInnen verdeutlichen, ob und inwieweit eine zunehmende Akademisierung als Chance für eine weitere Professionalisierung der Tätigkeit verstanden werden kann.

Die Institutionalisierung einer Tätigkeit als Berufsarbeit und ihre weitere Professionalisierung umfasst einen komplexen Prozess, in dem bestimmte Elemente und AkteurInnen eingebunden sind. Bals u.a. (2001) haben für die Frage der Institutionalisierung eines neuen Berufs wichtige Phasen beschrieben. Zum Ausgangspunkt einer Institutionalisierung definieren sie Veränderungen des gesellschaftlichen Bedarfs. Als wichtige Phasen im Verlauf der Institutionalisierung einer Tätigkeit benennen sie die Definition einer tätigkeitsadäquaten Qualifikation, die Anerkennung der Ausbildung und damit verbunden eine Regelung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausführung bestimmter Tätigkeiten. Als wichtige AkteurInnen in dem Verlauf sehen sie die Beschäftigten selbst, ihre Interessensvertreter in Verbänden, die Finanziere der Tätigkeiten bzw. die auswählenden Arbeitgeber.

Wesentliche Kennzeichen einer darüber hinaus gehenden Professionalisierung einer Tätigkeit ist die Ansiedlung einer Ausbildung auf Hochschulniveau, da der Rückgriff auf eine wissenschaftliche Basis als eine Grundvoraussetzung für autonomes professionelles Handeln oder einer Problemdefinition gesehen wird. Die Etablierung der Zuständigkeit für die Definition und Lösung bestimmter Problembereiche und damit der Zuständigkeit und Kontrolle über bestimmte Arbeits- und Tätigkeitsbereiche bilden nach Abbott (1988) das zentrale Element eines Professionalisierungsprojekts. Er sieht darin jedoch eine konflikthafte Auseinandersetzung mit den schon im gleichen Tätigkeitsspektrum angesiedelten Professionen bzw. Berufsgruppen, die ihrerseits um die Zuständigkeit für die Ausführung einer Arbeitsaufgabe ringen.

Ausgehend von den theoretischen Grundlagen liegt der Fokus der Analyse der folgenden Untersuchung auf dem Zusammenspiel von veränderten Anforderungen im Berufsfeld, den sich darauf beziehenden Qualifikationsdefinitionen, wie sie sich in neuen Curricula widerspiegeln und den Chancen und Realitäten für mehr Autonomie in einer veränderten Berufspraxis. Die Ermittlung des (zukünftigen) Qualifikationsbedarfs und der darauf bezogenen Neudefinition von Qualifikationsinhalten tragen entscheidend zum Erhalt und zur Erweiterung von Beschäftigungsmöglichkeiten des Einzelnen bei und unterstützen eine im Ländervergleich angemessene Entwicklung des Berufsfelds (Hilbert/Schömann 2004). Vorausschauend auf zukünftige Veränderungen des Qualifikationsbedarfs können präventive (Weiter)bildungsangebote etabliert werden. Gerade in Anbetracht der auf der EU-Ebene diskutierten Öffnung des Gesundheitssektors für einen Wettbewerb zwischen europäischen Anbietern wird der Erhalt und die Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit zu einem wichtigen Parameter.

Trotz gemeinsamer Tendenzen in den westlichen Gesundheitssystemen unterscheiden sich Ausbildungsniveau und –inhalt der Gesundheitsberufe sowie deren Berufspraxis erheblich. Der grenzüberschreitende Vergleich der Entwicklung kann daher Einblicke in die spezifisch deutschen Bedingungen gestatten und durch die Auswahl der Länder mögliche zukünftige Anforderungen verdeutlichen. Dazu wurden mit den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Schweden drei Länder ausgewählt, die im Vergleich zu Deutschland in der Professionalisierung der beiden betrachteten Berufe weiter fortgeschritten sind. Eine ländervergleichende Analyse gewinnt durch die zunehmende europäische und internationale Orientierung im Bildungssystem eine zusätzliche Relevanz. Trotz des unbestreitbar nationalen Charakters der Gesundheitssysteme einschließlich der Definition von Qualifikationen und Arbeitstätigkeiten kann auch ein Einfluss der gesamteuropäischen Entwicklung vermutet werden. Wie sich der Einfluss der europäischen Integration realisiert, bildet ebenfalls ein Gegenstand der Untersuchung.

Den Ausgangspunkt für die Ausführungen bilden Ergebnisse der Untersuchung zur transnationalen Mobilität im Gesundheitssektor, die durch die Befragungen von ExpertInnen bei Verbänden, Schulen oder Weiterbildungsträgern erweitert wurden. In die Analyse wurden zudem Materialien der Schulen, Weiterbildungseinrichtungen und Verbände in den verglichenen Ländern einbezogen. Die Befragungen der ExpertInnen gewinnen einen explorativen Charakter der wichtige Fragen auch im Prozessverlauf thematisieren kann. Der darüber hinaus vorgenommene Einbezug der Dokumente und Informationsmaterialien erlaubt Aussagen über diese Perspektive hinaus.

2 Institutionalisierung eines neuen Berufsfelds: Das Beispiel der Dentalhygiene

Präventive Orientierung und die Entwicklung des Berufsfelds der Dentalhygiene

Die Möglichkeiten einer Institutionalisierung des Berufsbilds der DentalhygienikerIn wird entscheidend von der Entwicklung einer präventiven und sozialmedizinischen Orientierung in der Zahnmedizin bestimmt (vgl. Kuhlmann 1999). Als Ausgangspunkt gilt die Etablierung einer Schulzahnpflege als kollektive Präventionsmaßnahme zum Schutz der Zahngesundheit von Schulkindern. Erste Untersuchungen an Kindern wurden in Deutschland schon am Ende des letzten Jahrhunderts durchgeführt. Kantorowitz führte im Jahr 1912 mit dem „Bonner System“ eine kollektive und unentgeltliche Zahnbehandlung für Kinder aller Gesellschaftsschichten ein. Die wenig prestigereiche, und eher als sozialreformerisch angesehene Tätigkeit in der Schulzahnpflege sah sich bei den Anstrengungen zu ihrer Etablierung mit dem Widerstand eines großen Anteils unter den ZahnärztInnen konfrontiert. Es gelang in Deutschland nicht, ein eigenständiges Berufsfeld für Dentalhygiene zu schaffen, sondern die Aufgabe wurde als ein ideales Betätigungsfeld für Zahnärztinnen angesehen. Die erste Institutionalisierung der Ausbildung zur DentalhygienikerIn fand in den USA statt, wo im Jahr 1913 erstmalig eine eigene Schule eingerichtet und die Ausbildung im Jahr 1917 staatlich geregelt wurde.

Die geringe präventive Ausrichtung der deutschen Zahnmedizin erschwerte lange Zeit die Institutionalisierung einer Ausbildung und des Berufsbilds der Dentalhygiene in Deutschland. Dies änderte sich erst als Ende der 1980er Jahre auf der Basis internationaler Vergleiche festgestellt wurde, dass die Bundesrepublik trotz hoher Ausgaben für die Zahnmedizin bei der Zahngesundheit der Kinder nur unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielen kann. Die Ergebnisse wurden auf die mangelnde präventive Orientierung der deutschen Zahnmedizin zurückgeführt, die daher entsprechend dem Vorbild anderer Länder stärker präventiv ausgerichtet werden sollte (vgl. im Überblick SVR 2000/2001). Prophylaktische Maßnahmen unterschiedlicher Art wurden seit Ende der 1980er Jahre in den Sachleistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, wobei die ZahnärztInnen die Tätigkeiten an qualifiziertes Personal delegieren durften. Im Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1993 wurde die DentalhygienikerIn als eine Berufsgruppe im Bereich der ZahnarzhelferInnen erstmalig erwähnt, womit eine Basis für die Entwicklung eines Tätigkeitsfelds oder einer Definition von Ausbildungscurricula geschaffen wurde.

Die Möglichkeit einer Delegation von Arbeitsaufgaben in der präventiven Versorgung und die erstmalige Benennung der Tätigkeit einer DentalhygienikerIn führte im Verlauf der 1990er Jahre zur Einrichtung von entsprechenden Weiterbildungskursen

durch die Zahnärztekammern. Im Jahr 1994 richtete die Landes Zahnärztekammer einen ersten Pilotfortbildungsgang für DentalhygienikerInnen ein gefolgt von der Zahnärztekammer in Hamburg sowie Westfalen-Lippe in Münster. Auf Bundesebene wurde im Jahr 1999 auf der Vertreterversammlung der Bundeszahnärztekammer eine Musterfortbildungsordnung verabschiedet.

Trotz der durchaus vorhandenen Unterschiede zeichnen sich die Weiterbildungsangebote durch einen gemeinsamen Grundansatz aus. Die Weiterbildung kann in Vollzeitform oder berufsbegleitend durchgeführt werden und baut im Sinne eines Modulmodells auf schon vorher erworbenen Fortbildungsabschlüssen und sich daran anschließenden Phasen einer Berufstätigkeit auf. Nach einer dreijährigen Berufsausbildung innerhalb des dualen Systems zur ZahnarzthelferIn und einer zumindest zweijährigen Berufstätigkeit kann zunächst die Weiterbildung zur medizinischen FachhelferIn angeschlossen werden. Eine weitere Basis für die Weiterbildung zur DentalhygienikerIn bildet der Nachweis einer Tätigkeit als Fachschwester für Zahn- und Mundhygiene und von Kenntnissen gemäß der Röntgenverordnung, Grundkenntnisse in der Prophylaxe sowie einer Erste-Hilfe Ausbildung. Die Weiterqualifizierung zur DentalhygienikerIn, die ca. 900 Stunden umfasst, verbindet ein breites Spektrum theoretischer Fachgebiete, wie zahnmedizinische Kenntnisse, Grundlagen in Anatomie und Physiologie mit einer Ausbildung in der klinischen Praxis und verhaltensorientierte Kompetenzen wie Patientenführung oder Motivation.

Die Einrichtung der unterschiedlichen Formen der Weiterbildung durch die Zahnärztekammern wurde von dem im Jahr 1990 gegründeten Deutschen DentalhygienikerInnen Verband kritisch begleitet, wobei die Bewertung der Ausbildung anhand von internationalen Ausbildungsstandards im Vordergrund stand. Daher wurden gleichzeitig Anstrengungen unternommen, ein dem internationalen Niveau entsprechendes Ausbildungscurriculum im Bereich Dentalhygiene in Deutschland einzurichten. Das Bundesministerium für Gesundheit lehnte eine entsprechende Petition eines Mitglieds des Verbands mit der Begründung ab, dass auf Bundesebene kein Handlungsbedarf für eine Entwicklung von Ausbildungsrichtlinien besteht und überließ dementsprechend die Konzeption der Ausbildung den Zahnärztekammern.

Im Rahmen des internationalen Verbands der DentalhygienikerInnen wurde mittlerweile eine erste Einschätzung der Weiterbildungsgänge in Hamburg und Münster vorgenommen. Der Weiterbildung in Münster, die in Zusammenarbeit mit der international anerkannten Dentalhygieneschule in Zürich und der Poliklinik für Parodontologie der Universität Münster durchgeführt wird, wird dabei durchaus internationaler Standard zugesprochen. Die Weiterbildung in Hamburg hatte zwar theoretisch ebenfalls ein angemessenes Niveau, verfügt jedoch über keine im Rahmen eines kontrollierten Settings wie der Universität stattfindende klinisch-praktische Ausbildung, wodurch das Niveau nicht überprüfbar wird. Der deutsche Verband kritisiert an der Entwicklung in Deutschland die bundesländerspezifischen Regelungen, die kein einheitliches Niveau zulassen und insbesondere kein Hochschulniveau was als Voraussetzung für eine adäquate Qualifikation und Professionalisierung der Tätigkeit

betrachtet wird. Aus Sicht des Verbands wären zwei Formen der Ausbildung sinnvoll. Dies betrifft zum einen ein grundständiges Hochschulstudium und zum anderen die Weiterbildung von ZahnarzhelferInnen bis einschließlich eines Fachhochschulabschlusses.

Professionalisierung der Tätigkeit im europäischen Vergleich

Die Bundesrepublik Deutschland schließt mit der Einführung der Weiterqualifikation zur DentalhygienikerIn an Entwicklungen an, die in anderen Ländern zumeist schon früher vollzogen wurden. Die zunehmende Betonung der präventiven und zahnerhaltenden Orientierung in der Zahnmedizin führt derzeit auch im europäischen Ausland zu einem Professionalisierungsschub, die an der Neudefinition von Qualifikation und der Diskussionen um eine Erweiterung der Arbeitsaufgaben erkennbar wird. Dies soll exemplarisch an der Entwicklung in drei Nachbarländern - dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden und Schweden – aufgezeigt werden.

Im Vereinigten Königreich wurde schon im Jahr 1943 ein erster Ausbildungsgang für Dentalhygiene eingerichtet, in den Niederlanden und in Schweden begann die Etablierung der Tätigkeit als eigenes Berufsfeld Ende der 1960er Jahre. Die Institutionalisierung begann in allen verglichenen Ländern als eine Weiterbildungsmöglichkeit für Assistenzberufe im zahnmedizinischen Bereich wie bspw. ZahnarzhelferInnen. Sukzessive wurden die Qualifikationsanforderungen in den drei Ländern erhöht bis hin zur Einrichtung von grundständigen Hochschulausbildungsgängen, wobei der Zugang für Angehörige der Assistenzberufe in dem Bereich nach wie vor möglich ist¹ Gleichzeitig wurde das Spektrum der auszuführenden Arbeitsaufgaben und die Formen der Erwerbstätigkeit bis einschließlich dem Recht der Eröffnung einer selbständigen Praxis erweitert. Die Präsidentin der DentalhygienikerInnen Vereinigung in den Niederlanden beschreibt die Professionalisierung in den Niederlanden als eng verknüpft mit der Konkurrenzsituation zu den ZahnärztInnen „ Die Etablierung der Tätigkeit in den 1960er Jahren fiel in eine Phase des Zahnärztemangels, so dass von Seiten der Zahnärzte eher Unterstützung und kein Widerstand zu erwarten war.... Die Arbeitstätigkeiten, die die DentalhygienikerInnen ausführten, gehörten zwar ursprünglich in das Tätigkeitsfeld der Zahnärzte, waren jedoch wenig prestigereich und nicht hoch vergütet“. Von dieser Position aus gelang es nach Aussagen der Präsidentin den DentalhygienikerInnen sich allmählich eine selbständige Position zu erarbeiten und sie definiert die Zusammenarbeit mit den ZahnärztInnen mittlerweile eher „als Kooperation, denn als Kontrolle“

Trotz der Ansiedlung der Ausbildung auf Hochschulniveau in allen drei Ländern konnte der Abschluss in der Dentalhygiene noch nicht auf Universitätsniveau etab-

1 In Schweden gilt als Voraussetzung ein „Fachabitur im Bereich Pflege“, wobei das Fachabitur gleichzeitig mit einer Ausbildung im Pflegebereich erworben wird.

liert werden. Auf die Möglichkeit des Erwerbs eines Universitätsabschlusses bis hin zum Doktorgrad konzentrieren sich die gegenwärtigen Anstrengungen insbesondere der Verbände und der Hochschulen. Im Vereinigten Königreich gibt es derzeit mit der Ausbildung zur DentalhygienikerIn und zur DentaltherapeutIn noch zwei getrennte Berufsabschlüsse in dem Tätigkeitsfeld. Ein erster Ansatz der an einigen Hochschulen vollzogen wird verbindet beide Ausbildungsgänge in einem gemeinsamen zweijährigen nicht-universitären Studiengang. Den ersten Universitätsabschluss bietet mittlerweile die Universität in Manchester an, die einen Bachelor of Science in Oral Health Science vergibt. Der dreijährige Studiengang integriert die Ausbildungsgänge zur DentalhygienikerIn und DentaltherapeutIn und beinhaltet darüber hinaus ein Modul in Kieferorthopädie.

In Schweden umfasst die derzeitige Ausbildung zur DentalhygienikerIn ebenfalls einen zweijährigen nicht-universitären Studiengang an der Hochschule. Die Hochschulen verlängern zur Zeit die Ausbildung um ein weiteres Jahr, die mit dem Universitätsabschluss Bachelor of Science in Oral Health enden soll. Für das dritte Jahr wird insbesondere die Notwendigkeit einer wissenschaftlich professionellen und kreativen Herangehensweise an die eigene Tätigkeit in der Praxis betont, die durch die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Methoden, Techniken und Strategien im Verlauf des Studiums erworben werden soll. Zudem werden im dritten Jahr Möglichkeiten für eine Spezialisierung angeboten, wie bspw. eine besondere Ausrichtung an den Bedürfnissen älterer Menschen und übereinstimmend mit der Universität in Manchester ein Modul in Kieferorthopädie. Nach Erhalt des Universitätsabschlusses besteht die Möglichkeit eines Graduiertenstudiums mit dem Erwerb eines Dokortitels derzeit nur auf „Umwegen“, d.h. mit einer Spezialisierung auf „Oral Health“ in den Fächern Pflegewissenschaft oder „Public Health“. Die Länge und das Niveau der Ausbildung wird zwischen dem Ausbildungsministerium in Stockholm und den Hochschulen derzeit kontrovers diskutiert, wobei das Ministerium aus Kostengründen einer prinzipiellen Verlängerung skeptisch gegenübersteht. Die Voraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit einer DentalhygienikerIn bildet nach wie vor der Abschluss der zweijährigen Ausbildung.

In den Niederlanden werden die DentalhygienikerInnen in einem dreijährigen nicht-universitären Hochschulausbildung an den Hochschulen und den Fakultäten für Zahnmedizin ausgebildet. Von der Regierung wurde mittlerweile definitiv die Verlängerung der Ausbildung um ein weiteres Jahr beschlossen. Welche Inhalte dabei gelehrt werden und ob dies zu einem Universitätsabschluss führen wird, ist derzeit noch eine umstrittene Frage zwischen den Ausbildungsstätten, die einen universitären Abschluss befürworten und dem Ministerium für Gesundheit. In der Curriculumentwicklung werden auch Formen der Kooperation gerade zwischen schwedischen und niederländischen Ausbildungsstätten erkennbar bis hin zur Möglichkeit des Austausches von Studierenden.

Niveau und Inhalt der Studienfächer stehen in einer Wechselwirkung zur Definition von Tätigkeiten und Autonomiespielräumen für die Berufsangehörigen. Gleich-

zeitig mit den veränderten Ausbildungsinhalten wollen insbesondere die Verbände eine Erweiterung der Tätigkeitsfelder erreichen. Umgekehrt liefern in der Praxis schon realisierte Ausweitungen des Tätigkeitsspektrums den Hintergrund für Forderungen auf Qualifikationsebene. Wie diese Neudefinitionen konkret aussehen werden, wird derzeit noch zwischen Ausbildungsstätten und Verbänden auf der einen Seite und den regulierenden Behörden in den drei einbezogenen Ländern kontrovers diskutiert und ausgehandelt.

Die Ausbildungsunterschiede zwischen den hier in die Untersuchung einbezogenen Ländern einschließlich Deutschlands spiegeln sich deutlich in der Definition der Tätigkeitsbereiche und ihrer Abgrenzung gegenüber den Arbeitsaufgaben von ZahnärztInnen. Die Tätigkeitsbereiche ähneln sich in allen vier hier verglichenen Länder mit einem ersten Schwerpunkt auf den Bereichen Gesundheitsinformation, Prävention und Motivation der PatientInnen und einem zweiten Schwerpunkt auf präventiven Behandlungsansätzen, wie Zahnsteinentfernung. Der entscheidende Unterschied liegt im Autonomiespielraum bei der Ausführung der Arbeitsaufgaben. In Deutschland wird die Tätigkeit der DentalhygienikerIn als eine qualifizierte, delegationsabhängige MitarbeiterIn der ZahnärztIn definiert, die ihre Arbeitsaufgaben nach Anweisung in freier Praxis oder in Zentren für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde ausführen. Hinzu kommen Arbeitsaufgaben im Bereich Praxisorganisation und Verwaltung sowie die Durchführung von Erste-Hilfe-Leistungen. Eine weitgehend unabhängige Tätigkeit haben die Berufsangehörigen in den Niederlanden und Schweden erreicht. In den Niederlanden und Schweden dürfen sie nach einer Überweisung der ZahnärztIn selbständig Diagnosen stellen, die geeigneten Behandlungsschritte planen und durchführen. Ebenso haben sie das Recht eine eigene Praxis zu eröffnen und nach einer Überweisung der ZahnärztIn die PatientInnen zu behandeln, wobei derzeit diskutiert wird, inwieweit sie selbständig PatientInnen annehmen und behandeln können. In Schweden können die DentalhygienikerInnen in der Praxis mittlerweile selbständig Zahnkontrollen und einfache Kariesbehandlungen durchführen.

3 Etablierung der Ausbildung auf Hochschulebene: Das Beispiel der Physiotherapie

Restrukturierungen im Gesundheitssystem und die Europäische Integration

Im Gegensatz zur Dentalhygiene ist die Physiotherapie ein etabliertes Berufsfeld im Gesundheitssektor in Deutschland, was sich schon im Gründungsjahr der ersten deutschen Ausbildungsstätte in Kiel um 1900 widerspiegelt. Die derzeitige Auseinandersetzung in Deutschland betrifft dann auch nicht die Einrichtung eines Ausbil-

dungsgangs, sondern die Inhalte und insbesondere das Niveau der Ansiedlung der Ausbildung bis hin zur Forderung nach einer wissenschaftlichen Fundierung der Ausbildung auf Hochschulniveau.

Nach Hüter-Becker (1998,1999) werden in dem im europaweiten Vergleich eher langsamen Prozess der Professionalisierung in Deutschland nun Fortschritte erkennbar, die sie mit den Restrukturierungen im Gesundheitswesen und den damit einhergehenden Forderungen nach multidisziplinärer Teamarbeit und Patientenorientierung in Zusammenhang bringt. Des weiteren setzt die grundsätzliche Forderung eines effektiven, bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Einsatzes medizinischer Dienstleistungen und einer evidenzbasierten Medizin die Integration wissenschaftlicher Kenntnisse in der Berufspraxis und eine kritisch-reflektierte Umgangsweise mit der alltäglichen Praxis voraus. Nach Einschätzung der AG Medizinalfachberufe, die vor zehn Jahren mit dem Ziel der Akademisierung der Medizinalfachberufe gegründet wurde, kann die praxisorientierte Ausbildung diese Kompetenzen nicht vermitteln (vgl. Kienle/Schlag 2002). Erschwerend kommt hinzu, dass selbst die Lehrkräfte an den Schulen in den Fächern häufig PraktikerInnen sind, die über keinen wissenschaftlich-fundierten Hintergrund verfügen und somit keine Anleitung zu wissenschaftlich-reflektiertem Berufshandeln liefern können. Die Berufsfachschulen können durch das Niveau der Ansiedlung keinen Beitrag zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Profession leisten, der damit von anderen Berufsgruppen im deutschen Gesundheitswesen oder im Ausland geleistet wird. Gerade auch für die Krankenkassenzulassung müssen Nachweise der Wirksamkeit bestimmter Behandlungen geführt werden, die ohne Hochschulforschung nicht eigenständig von den Berufsangehörigen in Deutschland erbracht werden können.

Die innerhalb der Europäischen Union allgemein als zu wenig wissenschaftlich-fundiert bewertete Ausbildung in Deutschland führt nach Ansicht der Arbeitsgruppe Medizinalfachberufe zum Ausschluss der deutschen Physiotherapie aus der Weiterentwicklung der Berufsfelder im europäischen Rahmen. Als Beispiele dafür werden genannt, dass von der Europäischen Kommission finanzierte Forschungsprojekte an Hochschulen in anderen Ländern angesiedelt werden oder dass deutsche Auszubildende nicht an europäischen Studienaustauschprogrammen teilnehmen können. Entwicklungen, die mit der Tatsache begründet werden, dass in Deutschland die Ausbildung nicht auf Hochschulniveau verankert ist.

Die unterschiedliche Ansiedlung der Ausbildung auf Hochschul- bzw. Fachschulniveau wird ebenso zu einer Barriere für die erwerbstätigen PhysiotherapeutInnen selbst. Die Diskrepanz der Ausbildungsabschlüsse erschwert ihnen den Zugang zum europäischen Arbeitsmarkt, da ihre Ausbildung in einigen Ländern nicht als adäquat anerkannt wird und sie somit keine Zulassung erhalten können. Die in den Ländern geübte Kritik kann an den Aussagen einer Expertin für die Zulassung der PhysiotherapeutInnen aus dem Ausland im Vereinigten Königreich verdeutlicht werden. Die Schwierigkeiten der Zulassung von BewerberInnen aus Deutschland sieht sie in der Ausbildung und den definierten Arbeitsaufgaben begründet. Sie beschreibt die

Problematik des deutschen Ausbildung Folgendermaßen: „ Es gibt oberflächlich gesehen nur wenig Unterschiede in der Frage der Ausbildungsinhalte zwischen dem Vereinigten Königreich und Deutschland. Der Unterschied betrifft allerdings drei für die Berufsausübung wichtige Kompetenzen. Dazu gehört als erstes die Fähigkeit eigenständige Entscheidungen treffen zu können, als zweites Wissen um Strategien und Vermögen zur Problemlösung und als drittes Fähigkeiten zur Selbstkritik. Die Ansiedlung der Ausbildung auf Universitätsniveau im Vereinigten Königreich gestattet den Studierenden dort diese Qualifikation zu erwerben, während dies in Deutschland trotz der sehr guten praktischen Ausbildung auf Fachschulniveau nicht möglich ist.“

Die genannten Kompetenzen werden nach Ansicht der Gesprächspartnerin „zu einem Gradmesser für eine autonome und selbständige Praxis, die Macht und Verantwortung einschließt“. Im Berufsalltag werden die Ausbildungsdifferenzen erkennbar an Arbeitsaufgaben der britischen PhysiotherapeutInnen, wie Patientenmanagement oder der Fähigkeit zur Erstellung von Diagnosen, die ihren Kolleginnen in Deutschland nicht gestattet sind. Als Beispiel dafür nennt sie, dass im Vereinigten Königreich die PhysiotherapeutInnen selbst entscheiden können, ob eine PatientIn überhaupt der ÄrztIn vorgestellt wird oder von Ihnen selbst autonom behandelt werden kann und so wird nach ihrer Einschätzung 70% der Warteliste abgearbeitet. Im Unterschied arbeiten in Deutschland PhysiotherapeutInnen weit mehr als AssistentInnen der ÄrztInnen, die die Diagnosen stellen, in deren Rahmen die PhysiotherapeutInnen ihre Behandlungspläne entwickeln.

Die Einrichtung neuer Studiengänge als Antwort auf die Herausforderungen

Berufsverbände in der Physiotherapie und die Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe fordern vor dem Hintergrund der Entwicklung Möglichkeiten der Etablierung von Hochschulstudiengängen in dem Bereich. Die Implementierung einer Öffnungsklausel im Berufsbildungsgesetz gilt als notwendige rechtliche Voraussetzung für die Schaffung grundständiger akademischer Ausbildungsgänge. Dies wird derzeit vom Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Ministerien auf Länderebene mit der Begründung abgelehnt, dass die Ausbildung für SchulabgängerInnen mit Mittlerer Reife zugänglich bleiben muss.

Mittlerweile findet trotzdem eine Öffnung an verschiedenen Ausbildungsstätten in einzelnen Bundesländern statt. Dazu gehört die Einrichtung von Vorbereitungskursen für den Erwerb eines niederländischen Fachhochschulabschlusses in Kooperation zwischen deutschen Ausbildungsstätten und niederländischen Fachhochschulen. Nach Aussagen einer Expertin für Weiterbildung des Verbands gilt „die niederländische Ausbildung als hochqualifiziert und wird innerhalb Europas anerkannt. Zudem bildet die Sprache in der Regel keine Barriere, denn die niederländische Sprache

ähnelt der deutschen und die niederländischen Professoren sprechen häufig deutsch“. Als weiterer Schritt in Richtung einer Hochschulausbildung können die Genehmigungen für die Einrichtung von Weiterbildungsstudiengängen an deutschen Fachhochschulen in verschiedenen Bundesländern bewertet werden. An deutschen Fachhochschulen kann ein Bachelor of Science erworben werden, was in den Niederlanden nicht möglich ist. Zudem wird derzeit an der Universität in Marburg ein Studiengang bis einschließlich eines Abschlusses „Master of Science“ geplant.

Die Einrichtung der Studiengänge auf dem international anerkannten Niveau Bachelor oder Master of Science wird durch die Empfehlung des Wissenschaftsrats gefördert, der im Jahr 1999 die prinzipielle Einrichtung solcher Studiengänge an deutschen Hochschulen befürwortet hat. Die Entwicklung wird zudem durch die InteressentInnen an einer Physiotherapieausbildung selbst forciert, denn diese begannen sich direkt an eine niederländische Fachhochschule zu wenden, um einen qualifizierten, und europaweit anerkannten Abschluss zu erhalten. Für die Ausbildungsstätten, die hohe Gebühren verlangen, bedeutete dies auch einen ökonomischen Verlust.

Die erkennbare Akademisierung oder zumindest Ansiedlung der Ausbildung auf Hochschulebene steckt von der Zeitperspektive und ihrer quantitativen Bedeutung erst in den Anfängen. Der erste Weiterbildungsstudiengang an deutschen Fachhochschulen begann mit dem Sommersemester 2001 und damit wenig später als die deutsch-niederländischen Kooperationen. Von den derzeit ca. 150 Ausbildungsstätten in Deutschland bieten fünf die Vorbereitung des Erwerbs eines niederländischen Fachhochschulabschlusses an, sechs die Kooperation mit einer deutschen Fachhochschule und weitere sieben Schulen planen in Zusammenarbeit mit einer Fachhochschule die Einrichtung eines Weiterbildungsstudiengangs. Die quantitative Umfang lässt sich weiterhin daran ermesen, dass bisher nur einem kleinen Anteil unter den AbsolventInnen an den mit Fachhochschulen kooperierenden Schulen die Weiterqualifikation auf Hochschulebene offen steht.

Beide Formen der Weiterbildung – in Kooperation mit niederländischen Fachhochschulen und an deutschen Fachhochschulen durchgeführten Studiengänge - ähneln sich in ihrem Aufbau. Nach der dreijährigen Ausbildung an der Berufsfachschule findet auf Teilzeit- oder Vollzeitbasis eine vertiefende Weiterqualifikation statt. Die Voraussetzung sind neben dem Abschluss der kooperierenden Berufsfachschule nahezu ausschließlich der Abschluss mindestens eines Fachabiturs, der nur in Ausnahmefällen durch eine Prüfung ersetzt werden kann.

Die Ausbildung an der Berufsfachschule umfasst den theoretischen Unterricht, in dem relevanten Fachgebiete der Physiotherapie gelehrt werden, wie bspw. Anatomie, Physiologie, Psychologie, Pädagogik oder auch spezifische Fächer wie Orthopädie. Dazu gehört eine praktische Ausbildung in den verschiedenen Behandlungsmethoden. Die anschließende Weiterbildung an der Hochschule vermittelt nach Aussagen der Hochschulen selbst Kenntnisse, die relevant sind für eine kritische, refle-

xive Handlungsweise in der Praxis. Dazu werden wissenschaftliche Grundqualifikationen gelehrt, die sowohl methodische Ansatzpunkte umfassen, wie Qualitätsmanagement, Evaluation, Diagnostik, therapeutische Handlungskompetenz als auch Fachwissen in Gesundheitswissenschaften. Die wissenschaftliche Kompetenz wird zudem im Rahmen einer Abschlussarbeit vertieft. Zu der Förderung einer wissenschaftlich-kritischen Herangehensweise an die eigene Tätigkeit kommen eine Ausbildung in kommunikativen Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Ziel- und Berufsgruppen und betriebswirtschaftliche Kenntnisse, die insbesondere für eine Leitungsfunktion oder selbständige Tätigkeit unerlässlich sind.

Als konkrete Begründung für die angebotenen Lehrinhalte werden auch von Seiten der Hochschulen die Restrukturierungen im Gesundheitswesen herangezogen. Die zunehmende Komplexität der Arbeitsinhalte und –methoden in den Berufsfeldern sowie die ständige Weiterentwicklung erfordern eine Verknüpfung der bisherigen Ausbildung mit einer zusätzlich wissenschaftsbezogenen Ausrichtung. Genannt werden aber auch konkret gesetzliche Vorgaben wie die Verpflichtung zur Durchführung, Dokumentation und Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen wie sie im Rahmen der Gesetzgebung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) dargelegt werden.

In welche Berufsfelder die Weiterqualifikation die AbsolventInnen führen wird ist derzeit noch unklar. In einigen Studiengängen wird als Ziel der Weiterqualifikation die Übernahme von Leitungstätigkeiten, Arbeitsaufgaben in der Wissenschaft oder in der Ausbildung genannt. Die ersten PhysiotherapeutInnen mit einem (niederländischen) Fachhochschulabschluss haben im April letzten Jahres ihre Ausbildung beendet und erst im Zuge ihrer Etablierung in dem Berufsfeld können die Möglichkeiten eines Hochschulabschlusses bewertet werden. Die Tätigkeit in der Forschung und die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im europäischen Ausland sind die einzigen Formen der Berufsausübung, die ihnen bisher aufgrund der Berufsfachschulausbildung verwehrt blieben. In den weiteren Berufsfeldern werden sie sich in Konkurrenz mit den BerufsfachschulabsolventInnen einen Arbeitsbereich aufbauen. Nach Aussagen einer Expertin „verbessert die höhere Qualifikation vermutlich ihre Konkurrenzchancen für die Übernahme einer Lehrtätigkeit im Bereich der Physiotherapieausbildung. Die Mehrheit der AbsolventInnen plant die Eröffnung einer eigenen Praxis und hofft aufgrund der zusätzlichen Kenntnisse sich besser am Markt etablieren zu können. Bessere Verdienstchancen erwarten sie hingegen nicht. Inwieweit sie in der Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen ihre Arbeitsfeld erweitern können, kann sich erst in der Zukunft erweisen.“

4 Resümee: Professionalisierungsprozesse im Gesundheitssektor in europäischer Perspektive

Wie die Ergebnisse zeigen haben die neuen Anforderungen im Gesundheitssystem in Deutschland weitgehende Impulse für eine Neudefinition von Qualifikationen und Berufsbildern in den beiden ausgewählten Tätigkeitsfeldern hervorgebracht. Welche Konsequenzen dies findet, wird von der schon erreichten Stufe der Institutionalisierung der Tätigkeit als Beruf, dem Grad der Professionalisierung, der Unterstützung staatlicher Stellen und europäischer Einflüsse bestimmt. Die Länderdifferenzen betreffen weit weniger die inhaltliche Ausrichtung der Curricula in den einbezogenen Ländern, sondern das Niveau ihrer Ansiedlung und damit die wissenschaftlich-reflexive Herangehensweise in der Ausbildung und den Grad der Autonomie in der späteren Berufspraxis.

Der Forderung nach einer verstärkten präventiven Orientierung in der Zahnmedizin wurde in Deutschland mit der Etablierung der Weiterbildungsmöglichkeit zur DentalhygienikerIn als delegationsabhängigen Angestellten der ZahnärztIn entsprochen. Eine autonome Tätigkeit oder eine eigenständige Definition von Problemen und ihrer Lösungen auf der Basis von wissenschaftlicher Kompetenz sind für DentalhygienikerInnen damit bisher nicht möglich. In den Vergleichsländern führte eine ähnliche Grundtendenz, die verstärkte Betonung und Ausweitung präventiver Tätigkeiten, zu einem Professionalisierungsschub, der sich in Anstrengungen zur Einrichtung eines wissenschaftlichen Abschlusses ausdrückt. Trotz der erkennbaren Schwierigkeiten in der deutschen Entwicklung bewerten die GesprächspartnerInnen die Institutionalisierung der Weiterbildung als einen Ansatzpunkt für eine weitergehende Professionalisierung der Tätigkeit.

Die Länderdifferenzen verweisen darauf, dass Impulse aus dem Arbeitsbereich sich nicht gleich in allen europäischen Ländern auswirken, sondern durch die vorhandenen Konstellationen, die sich u.a. in der bisher erreichten Stand der Institutionalisierung der Tätigkeit ausdrücken, eine eigene Ausprägungen finden. Wesentlich für den Erfolg der Anstrengungen ist auch die Haltung staatlicher Institutionen, die in Deutschland einer Professionalisierung restriktiv gegenüberstehen. Die weitergehende und auch früher einsetzende Professionalisierung in den verglichenen Ländern lässt sich zum Teil auch auf die unterschiedlichen Handlungsweisen des Staats zurückführen, der bspw. in Schweden seit den 1970er Jahren die zunehmende Professionalisierung der Semi-professionen förderte (Evertsson 2000). Das niederländische Beispiel zeigt darüber hinaus, dass nicht jede Etablierung neuer Berufsgruppen auf Widerstand anderer Professionen stoßen muss, sondern, wenn nur ein geringes Eigeninteresse an bestimmten Tätigkeiten vorliegt, können diese auch neuen Berufsgruppen überlassen werden.

Die Entwicklung der Dentalhygiene in Deutschland wird wesentlich von Veränderungen im Gesundheitssektor getragen, wobei europäische Einflüsse in Ansätzen

erkennbar werden. Hier lässt sich die Einrichtung des Weiterbildungsstudiengangs in Münster benennen, der sich an internationalen Maßstäben orientiert und in Zusammenarbeit mit der Universität in Münster und einer Ausbildungsstätte für Dentalhygiene in der Schweiz aufgebaut wird. Der internationale Einfluss wird ebenso an der Kritik des deutschen Verbands der DentalhygienikerInnen an den Studiengängen und ihrer Bewertung in einem internationalen Rahmen sichtbar. Die Perspektiven einer europäischen Zusammenarbeit, wie sie nach einer Institutionalisierung der Ausbildung auf Hochschulebene erwachsen, werden an der Zusammenarbeit in der Weiterentwicklung des Curriculums zwischen niederländischen und schwedischen Fachhochschulen erkennbar oder auch den Angeboten einen Teil der Ausbildung an einer anderen europäischen Hochschule zu absolvieren.

Die Ansatzpunkte für eine verstärkte Professionalisierung der Physiotherapie in Deutschland werden mehr von der europäischen Integration bestimmt und weniger durch die Veränderungen im Berufsfeld. Die auf den Reformanstrengungen basierenden Forderungen nach einer reflexiven Praxis, die sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert und eigenständig Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchführt, werden vor dem Hintergrund der europäischen Entwicklung bewertet und erhalten von da wesentliche Impulse. Als Argumente für eine Angleichung der deutschen Ausbildung an das Niveau des europäischen Auslands gelten die Zulassungsprobleme deutscher PhysiotherapeutInnen auf dem europäischen Arbeitsmarkt und die kaum vorhandenen Möglichkeiten in Deutschland an der europaweiten Weiterentwicklung der Profession zu partizipieren. Das deutsche Beispiel zeigt indes auch, dass nicht jede Akademisierung zu einer autonomen Berufstätigkeit führen muss, denn ob und inwieweit sich die wissenschaftliche Ausbildung der PhysiotherapeutInnen in einer selbständigeren Berufspraxis niederschlägt, ist derzeit noch völlig offen.

Die Ansiedlung der Ausbildungen auf Hochschulebene verbunden mit einem wissenschaftlichen Abschluss lässt in den verglichenen Länder die Notwendigkeit der Neudefinition des Zusammenhangs von Qualifikationsanforderungen und Berufspraxis erkennen. Für die Dentalhygiene wird hierbei ein Aushandlungsprozess zwischen staatlichen und professionellen, halbstaatlichen Körperschaften zur Neudefinition von Qualifikation und Arbeitsaufgaben erkennbar. Für den Bereich der Physiotherapie ist in Deutschland keine staatliche Regulierung zur Neudefinition von Arbeitsaufgaben im Zuge der Ansiedlung der Ausbildung auf Hochschulebene vorgesehen, denn der Markt soll entscheiden, in welchen Tätigkeitsfeldern die PhysiotherapeutInnen mit einem Hochschulabschluss eingesetzt werden.

Die Anforderung an Erwerbstätige in den beiden Gesundheitsberufen sich trotz unklarer Zukunftsperspektive weiterzubilden, wird durch die schwierigen ökonomischen Bedingungen einer (Weiter)qualifikation erschwert. Die Ausbildungsstätten erheben zum Teil hohe Gebühren, die je nach zeitlichem Umfang der Ausbildung noch mit einer Reduktion der Einkommen einhergehen können. Aus einer sozialstaatlichen Perspektive wird es notwendig, Institutionen für eine soziale Absicherung zu schaffen, die Erwerbstätigen einen adäquaten Rahmen zur Teilnahme an Weiter-

bildungsangeboten liefern. Das Konzept von Übergangsmärkten sieht sozial abgesicherte Übergänge zwischen verschiedenen Formen von Erwerbstätigkeit, Bildung und Weiterbildung vor (Schmid 2002). Eine Weiterentwicklung des Konzepts gerade für den Bereich der beiden Gesundheitsberufe vergrößert die Möglichkeiten der Aufnahme einer Weiterbildung für Erwerbstätige und kann damit nicht nur die Qualifikation des Einzelnen erhöhen, sondern zudem das Berufsfeld insgesamt weiterentwickeln.

Literatur

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Allsop, J. (1999). Identity maintenance under conditions of change: the medical profession in the UK in the late twentieth century. In: Hellberg, I./Saks, M./ Benoit, C. (eds.) *Professional identities in transition. Cross-cultural dimensions*. Södertälje/Göteborg: Almquist & Wiksell International, 157-173.
- Bals, T./Brater, M./Hemmer-Schanze, C./Meifort, B. (2001). In vier Stufen zum Beruf auf den Spuren neuer Trends in personenbezogenen Dienstleistungen. In: Abicht, L./Bärwald, H./Bals, T./Brater, M./Hemmer-Schanze, C./ Meifort, B./ Preuss, B. *Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden. Personenbezogene Dienstleistungen im Fokus der Qualifikationsentwicklung*. Bielefeld: Bertelsmann-Verlag.
- Batterham, R./ Southern, D./ Appleby, N./Elsworth, G./Fabris, S./Young, D. (2002) Construction of GP integration model. *Social Science and Medicine*, 54,1225-1241.
- Blättel-Mink, B./Kuhlmann, E. (2003). Health professions, gender and society: Introduction and outlook. In: Blättel-Mink, B./Kuhlmann, E. (eds.) *Health Professions, Gender and Society. Shifting Relations in Times of Institutional and Social Change. Special Issue. International Journal of Sociology and Social Policy*, 23, (4,5), 1-21.
- Broadbent, J. (1998). Practice nurses and effects of the new general practitioner contract in British NHS: the advance of a professional project? *Social Science and Medicine*, 47 (4), 497-506.
- Dowswell, T./ Wilkins, D./ Banks-Smith, J. (2002). Nurses and English primary care groups; their experiences and perceived influence on policy development. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1), 35-42.
- Elston, S./Holloway, I. (2001). The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *Journal of Interprofessional Care*, 15 (1), 19-27.
- Evertsson, L. (2000). The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations. *Gender, Work and Organization*, 7, (4), 230-241.
- Evetts, J. (2003). The construction of professionalism in new and existing occupational contexts: Promoting and facilitating occupational change. In: Blättel-Mink, B./Kuhlmann, E. (eds.) *Health Professions, Gender and Society. Shifting Relations in Times of Institutional and Social Change. Special Issue. International Journal of Sociology and Social Policy*, 23, (4,5), 22-35.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Oxford: Polity Press.
- Garms-Homolova, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998). *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein/Medical Verlagsgesellschaft
- Hilbert, C. / Schömann, K. (2004, im Erscheinen). On the need for early identification on future skill requirements in the European Union. Vortrag auf der CEDEFOP

- Konferenz "Early Identification of Skill Needs in Europe. 22-23 Mai 2003, Thessaloniki.
- Hüter-Becker, A. (1998). Von der Heilgymnastik zur Physiotherapie. Krankengymnastik, 50 (3), 456-466.
- Hüter-Becker, A. (1999). 50 Jahre Berufspolitik: 1949-1999. Krankengymnastik 51(20), 1679-1686.
- Kienle, B./Schlag, B. (2002). Forderung nach hochschulischer Ausbildung. Symposium der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe zum 10jährigen Bestehen. In: Krankengymnastik, 54, 01, 110-112.
- Kühn, H. (1997). Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA. Discussion-paper Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Berlin (P97-202).
- Kühn, H. (2001). Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses. Discussion-paper Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Berlin (P01-202).
- Kuhlmann, E.(1999). Profession und Geschlechterdifferenz. Eine Studie über die Zahnmedizin. Opladen: Leske/Budrich.
- Kuhlmann, E. (2002). Post-modern times for professions – empirical evidence and theoretical issues from the field of health care. Paper presented at the The ESA Workshop "Professions", 2-4 May 2002, Paris (www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann).
- Light, D.W. (2001). Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom. Social Science and Medicine, 52, 1151-1166.
- Richards, A./ Carley, J./ Jenkins-Clarke, S./ Richards, DA. (2000). Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. International Journal of Nursing Studies, 37. 185-197.
- Saks, M. (1999). Towards integrated health care: shifting professional interests and identities in Britain. In: Hellberg, I./Saks, M./ Benoit, C. (eds.) Professional identities in transition. Cross-cultural dimensions. Södertälje/Göteborg: Almqvist & Wiksell International, 295-309.
- Saks, M. (2002). The Limitations of the Anglo-American Sociology of the Professions: A Critique of the Current Neo-Weberian Orthodoxy. Paper presented at the Second Interim Workshop for Research Network "Sociology of Professions, European Sociological Association, Paris, 2-4 May 2002.
- Schmid, G. (2002). Wege in eine neue Vollbeschäftigung: Übergangsarbeitsmärkte und aktivierende Arbeitsmarktpolitik. Frankfurt, Main/New York: Campus.
- Shine, KI (2002). Health care quality and how to achieve it. Academic Medicine, 77, 91-99.
- SVR (2000/2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd.I-III. Deutscher Bundestag.

Theobald, H. (2003). Care for the elderly: Welfare system, professionalisation and the question of inequality. In: Blättel-Mink, B./Kuhlmann, E. (eds.) Health Professions, Gender and Society. Shifting Relations in Times of Institutional and Social Change. Special Issue. International Journal of Sociology and Social Policy, 23, (4,5), 159—185.

Tovey, P./ Adam, J. (2001). Primary care as intersecting social worlds. Social Science and Medicine, 52, 695-706.

Materialien

Informationsmaterialien der Verbände:

Deutscher Zentralverband der Krankengymnastik (www.zvk.org)

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband

International Federation of Dental Hygienists

Tandhygieniesterföreningen Sverige

British Dental Hygienists Association

Informationen zur Ausbildung:

Curriculum der verschiedenen Physiotherapieschulen einschließlich Weiterbildungsstudiengänge an deutschen bzw. niederländischen Fachhochschulen

Information über den Studiengang Physiotherapie der Fachhochschule Fulda/Universität Marburg (www.fh-fulda.de/fb/physio/studiengang.htm)

Informationen zu den Weiterbildungsgängen für DentalhygienikerInnen an den verschiedenen (Landes)zahnärztekammern in Deutschland

Bücher

der Abteilung

„Arbeitsmarktpolitik und Beschäftigung“

(nur im Buchhandel erhältlich)

Dietmar Dathe, Günther Schmid
**Urbane Beschäftigungsdynamik. Berlin im
Standortvergleich mit Ballungsregionen**
2001
Berlin, edition sigma
175 S.

Mathias Eberling, Volker Hielscher, Eckart
Hildebrandt, Kerstin Jürgens
**Prekäre Balancen. Flexible Arbeitszeiten
zwischen betrieblicher Regulierung und
individuellen Ansprüchen**
2003
Berlin, edition sigma
279 S.

Werner Eichhorst, Stefan Profit, Eric Thode
in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe
„Benchmarking“ des „Bündnis für Arbeit,
Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit“:
Gerhard Fels, Rolf G. Heinze, Heide Pfarr,
Günther Schmid, Wolfgang Streeck
**Benchmarking Deutschland: Arbeitsmarkt
und Beschäftigung. Bericht der Arbeits-
gruppe Benchmarking und der
Bertelsmann-Stiftung**
2001
Berlin/Heidelberg/New York, Springer
440 S.

European Academy of the Urban Environment
**New institutional arrangements in the
labour market. Transitional labour markets
as a new full employment concept**
1998
Berlin, EA.UE series „The Urban Environment
in Europe“
135 S.

Jürgen Gabriel, Michael Neugart (Hg.)
**Ökonomie als Grundlage politischer
Entscheidungen**
2001
Opladen, Leske + Budrich
343 S.

Silke Gülker, Christoph Hilbert,
Klaus Schömann
**Lernen von den Nachbarn. Qualifikations-
bedarf in Ländern der OECD**
2000
Bielefeld, W. Bertelsmann Verlag
126 S.

Markus Gangl
**Unemployment Dynamics in the United
States and West Germany. Economic
Restructuring, Institutions and Labor
Market Processes**
2003
Heidelberg, New York: Physica/ Springer
300 S.

Max Kaase, Günther Schmid
**Eine lernende Demokratie - 50 Jahre
Bundesrepublik Deutschland
WZB-Jahrbuch 1999**
1999
Berlin, edition sigma
586 S.

Jaap de Koning and Hugh Mosley (Eds.)
**Labour Market Policy and Unemployment:
Impact and Process Evaluations in Selected
European Countries**
2001
Cheltenham, UK, Edward Elgar
317 S.

Hugh Mosley, Jacqueline O'Reilly,
Klaus Schömann (Eds.)
**Labour Markets, Gender and Institutional
Change. Essays in Honour of Günther
Schmid**
2002
Cheltenham, UK, Edward Elgar
382 S.

Hugh Mosley, Holger Schütz, Günther Schmid
unter Mitarbeit von Kai-Uwe Müller
Effizienz der Arbeitsämter: Leistungsvergleich und Reformpraxis, Reihe „Modernisierung des öffentlichen Sektors“
2003
Berlin, edition sigma
179 S.

Ralf Mytzek, Klaus Schömann (Hg.)
Transparenz von Bildungsabschlüssen in Europa. Sektorale Studien zur Mobilität von Arbeitskräften.
2004
Berlin, edition sigma
198 S.

Michael Neugart, Klaus Schömann (Hg.)
Forecasting Labour Markets in OECD Countries. Measuring and Tackling Mismatches
2002
Cheltenham, UK, Edward Elgar
322 S.

Jacqueline O'Reilly, Colette Fagan (Eds.)
Part-Time Prospects. An International Comparison
1998
London/New York, Routledge
304 S.

Jacqueline O'Reilly, Inmaculada Cebrián and Michel Lallemand (Eds.)
Working-Time Changes: Social Integration Through Transitional Labour Markets
2000
Cheltenham, UK, Edward Elgar
369 S.

O'Reilly, Jacqueline (Ed.)
Regulating Working-Time Transitions in Europe
2003
Cheltenham, UK, Edward Elgar
325 S.

Heidi Oschmiansky, Günther Schmid und Bettina Uhrig unter Mitarbeit von Thomas Heitmann
Qualifikation und Beschäftigung. Jobrotation als Instrument der Weiterbildung und Integration von Arbeitslosen
2001
Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung, Schriftenreihe der Abteilung „Arbeit und Sozialpolitik“
83 S.

Birgitta Rabe
Implementation von Arbeitsmarktpolitik durch Verhandlungen. Eine spieltheoretische Analyse
2000
Berlin, edition sigma
254 S.

Ramge, Stefan, Günther Schmid (Hrsg.)
Management of Change in der Politik? Reformstrategien am Beispiel der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik
Ein Werkstattbericht, Gesellschaft für Programmforschung, GfP (Hrg.), Bd. 55 der Reihe „Schnittpunkte von Forschung und Politik“,
2003
New York, München, Berlin: Waxmann
165 S.

Günther Schmid, Jacqueline O'Reilly, Klaus Schömann (Eds.)
International Handbook of Labour Market Policy and Evaluation
1996
Cheltenham, UK, Edward Elgar
954 S.

Günther Schmid, Bernard Gazier (Eds.)
The Dynamics of Full Employment. Social Integration Through Transitional Labour Markets
2002
Cheltenham, UK, Edward Elgar
443 S.

Günther Schmid
Wege in eine neue Vollbeschäftigung. Übergangsarbeitsmärkte und aktivierende Arbeitsmarktpolitik
2002
Frankfurt/Main, Campus
477 S.

Klaus Schömann, Ralf Rogowski, Thomas
Kruppe
**Labour Market Efficiency in the European
Union. Employment Protection and Fixed-
Term Contracts**
1998
London/New York, Routledge
214 S.

Sylvia Zühlke
**Beschäftigungschancen durch berufliche
Mobilität? Arbeitslosigkeit, Weiterbildung
und Berufswechsel in Ostdeutschland**
2000
Berlin, edition sigma,
206 S.

**Abteilung
Arbeitsmarktpolitik und
Beschäftigung**

Discussion Papers 2001

Achim Kemmerling
**Die Messung des Sozialstaates.
Beschäftigungspolitische Unterschiede
zwischen Brutto- und
Nettosozialleistungsquote**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 201

Isabelle Schömann
**Berufliche Bildung antizipativ gestalten: Die
Rolle der Belegschaftsvertretungen. Ein
europäischer Vergleich**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 202

Hugh Mosley, Holger Schütz, Nicole Breyer
**Management by Objectives in European
Public Employment Systems**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 203

Robert Arnkil and Timo Spangar
**Comparing Recent Danish, Finnish and
Swedish Labour Market Policy Reforms**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 204

Günther Schmid unter Mitarbeit von
Kai-Uwe Müller
**Die Zukunft der Erwerbsarbeit. Thesen und
Perspektiven für Mecklenburg-Vorpommern**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 205

Frank Oschmiansky, Silke Kull, Günther
Schmid
**Faule Arbeitslose? Politische Konjunkturen
einer Debatte**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 206

Sabine Berghahn
Ehe als Übergangsarbeitsmarkt?
Bestell-Nr.: FS I 01 - 207

Jan Johannesson
**On the Efficiency of Placement Service and
Programme Placement at the Public
Employment Offices in Sweden**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 208

Michael Neugart and Jan Tuinstra
**Endogenous Fluctuations in the Demand
for Education**
Bestell-Nr.: FS I 01 - 209

Discussion Papers 2002

Sophie Rouault
**Multiple jobholding and path-dependent
employment regimes – answering the
qualification and protection needs of
multiple jobholders**
Bestell-Nr.: FS I 02 - 201

Sophie Rouault, Heidi Oschmiansky, Isabelle
Schömann (Hg.)
**Reacting in time to qualification needs:
Towards a cooperative implementation?**
Bestell-Nr.: FS I 02 - 202

Michael Neugart and Donald Storrie
**Temporary Work Agencies and Equilibrium
Unemployment**
Bestell-Nr.: FS I 02 - 203

Ruud Muffels, Ton Wilthagen,
Nick van den Heuvel
**Labour Market Transitions and Employment
Regimes: Evidence on the Flexibility-
Security Nexus in Transitional Labour
Markets**
Bestell-Nr.: FS I 02 - 204

Heidi Oschmiansky
**Implementation von Jobrotation im
Gesundheits- und Pflegebereich – ein
dänisch-deutscher Vergleich**
Bestell-Nr.: FS I 02 - 205

Michael Neugart and Klaus Schömann
**Employment Outlooks: Why forecast the
labour market and for whom?**

Bestell-Nr.: FS I 02-206

Markus Gangl

Welfare State Stabilization of Employment Careers: Unemployment Benefits and Job Histories in the United States and West Germany

Bestell-Nr.: FS I 02-207

Markus Gangl

Unemployment Benefits as a Search Subsidy: New Evidence on Duration and Wage Effects of Unemployment Insurance

Bestell-Nr.: FS I 02-208

Hugh Mosley, Holger Schütz, Günther Schmid

Effizienzmobilisierung der Arbeitsverwaltung: Leistungsvergleich und Lernen von guten Praktiken (Benchmarking)

Bestell-Nr.: FS I 02-209

Ronald Schettkat

Institutions in the Economic Fitness Landscape

What Impact do Welfare State Institutions have on Economic Performance?

Bestell-Nr.: FS I 02-210

Christoph Hilbert und Ralf Mytzek

Strategische und methodische Ansatzpunkte zur Ermittlung des regionalen Qualifikationsbedarfs

Bestell-Nr. FS I 02-211

Ronald Schettkat

Differences in US-German Time-Allocation Why do Americans work longer hours than Germans?

Bestell-Nr. FS I 02-212

Frank Oschmiansky und Bernd Reissert

Förderung von Übergangsmärkten in Berlin und Brandenburg: eine quantitative Untersuchung

Bestell-Nr. FS I 02-213

Oliver Bruttel

Die Privatisierung der öffentlichen Arbeitsverwaltung am Beispiel Australiens

Bestell-Nr. FS I 02-214

Neu ab 2003:

Der Schwerpunkt I „*Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat (ARS)*“ besteht seit dem 1. Januar 2003. Er umfasst die Abteilungen *Arbeitsmarktpolitik und Beschäftigung (AB)*, *Ungleichheit und soziale Integration (USI)* und die Arbeitsgruppe *Public Health (PH)*.

Abteilung Arbeitsmarktpolitik und Beschäftigung

Discussion Papers 2003

Carroll Haak
Weiterbildung in kleinen und mittleren Betrieben: Ein deutsch-dänischer Vergleich
Bestell-Nr.: SP I 2003-101

Günther Schmid
Gleichheit und Effizienz auf dem Arbeitsmarkt: Überlegungen zum Wandel und zur Gestaltung des „Geschlechtervertrages“
Bestell-Nr.: SP I 2003-102

Holger Schütz
Controlling von Arbeitsverwaltungen im internationalen Vergleich
Bestell-Nr.: SP I 2003-103

Stefan Schröter
Berufliche Weiterbildung in Großbritannien für gering qualifizierte Arbeitskräfte
Bestell-Nr.: SP I 2003-104

Magnus Lindskog
Forecasting and responding to qualification need in Sweden
Bestell-Nr.: SP I 2003-105

Heidi Oschmiansky und Frank Oschmiansky
Erwerbsformen im Wandel: Integration oder Ausgrenzung durch atypische Beschäftigung? Berlin und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich
Bestell-Nr.: SP I 2003-106

Katrin Vitols
Entwicklungen des Qualifikationsbedarfs in der Bankenbranche
Bestell-Nr.: SP I 2003-107

Achim Kemmerling
Die Rolle des Wohlfahrtsstaates in der Entwicklung unterschiedlicher Dienstleistungssektoren – Wohlfahrtsstaatsregime und Dienstleistungsbeschäftigung
Bestell-Nr.: SP I 2003 - 108

Thomas A. DiPrete, Dominique Goux, Eric Maurin, Amélie Quesnel-Vallée
Work and Pay in Flexible and Regulated Labor Markets: A Generalized Perspective on Institutional Evolution and Inequality Trends in Europe and the U.S.
Bestell-Nr.: SP I 2003 – 109

Discussion Papers 2004

Thomas A. DiPrete, Markus Gangl
**Assessing Bias in the Estimation of
Causal Effects: Rosenbaum Bounds on
Matching Estimators and Instrumental
Variables Estimation with Imperfect
Instruments**

Bestell-Nr.: SP 1 2004-101

Andrea Ziefle
**Die individuellen Kosten des
Erziehungsurlaubs: Eine empirische
Analyse der kurz- und längerfristigen
Folgen für den Karriereverlauf von
Frauen**

Bestell-Nr.: SP 1 2004-102

Günther Schmid, Silke Kull
**Die Europäische
Beschäftigungsstrategie.
Anmerkungen zur "Methode der
Koordinierung"**

Bestell-Nr.: SP 1 2004-103

Hildegard Theobald
**Entwicklung des Qualifikationsbedarfs
im Gesundheitssektor:
Professionalisierungsprozesse in der
Physiotherapie und Dentalhygiene im
europäischen Vergleich**

Bestell-Nr.: SP 1 2004-104

Bei Ihren Bestellungen von WZB-Papers schicken Sie bitte unbedingt einen an Sie adressierten Aufkleber mit sowie je paper eine Briefmarke im Wert von 0,51 Euro oder einen "Coupon Réponse International " (für Besteller aus dem Ausland)

Please send a self addressed label and postage stamps in the amount of 0,51 Euro or one "Coupon-Réponse International" (if you are ordering from outside Germany) for each WZB-paper requested

Bestellschein

Order Form

Absender / Return Address:

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung
Presse- und Informationsreferat
Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin-Tiergarten

**Hiermit bestelle ich folgende(s)
Discussion paper(s):**

**Please send me the following
Discussion paper(s):**

Bestell-Nr. / Order no.	Autor/in, Kurztitel / Author(s) / Title(s) in brief